



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

MARINA FERREIRA ALVES DA SILVA

ASSISTÊNCIA À CONCEPÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: o planejamento familiar
para casais sorodiscordantes que desejam ter filhos

Rio de Janeiro

2017

MARINA FERREIRA ALVES DA SILVA

ASSISTÊNCIA À CONCEPÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: o planejamento familiar para casais sorodiscordantes que desejam ter filhos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Jacqueline Cintra

Rio de Janeiro
2017

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARINA FERREIRA ALVES DA SILVA

ASSISTÊNCIA À CONCEPÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: o planejamento familiar para casais sorodiscordantes que desejam ter filhos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 18 de outubro de 2017.

Prof^a. Dr^a. Jacqueline Fernandes de Cintra Santos (Orientadora)
IESC/UFRJ

Msc. Roberto José Gervásio Unger
IESC/UFRJ

Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti
IESC/UFRJ

Prof^a. Dr^a. Leyla Gomes Sancho
IESC/UFRJ

Essa monografia é dedicada aos meus pais:
Márcia Regina e Jerônimo

AGRADECIMENTOS

A minha mãe por todo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida, até mesmo aqueles em que não fui merecedora.

Ao meu pai por sempre me aconselhar nos momentos em que mais precisei, com palavras necessárias.

Agradeço a Professora Jacqueline Cintra, pela disposição, ajuda e generosidade em me auxiliar na construção e orientação deste trabalho.

Ao servidor Roberto Unger, por se colocar à disposição solucionando minhas dúvidas e me socorrendo para que este trabalho tivesse orientação.

Às vezes é um erro subir, mas é sempre um erro nunca tentar. Se você não subir, não vai cair. A verdade é essa, mas será tão ruim assim fracassar, tão duro cair? Às vezes, você desperta... outras, sim, você morre. Mas há uma terceira alternativa. Você voa.

Neil Gaiman (Sandman)

RESUMO

SILVA, Marina. **Assistência à concepção na Atenção Básica:** o planejamento familiar para casais sorodiscordantes que desejam ter filhos. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Pessoas soropositivas passaram a ter uma vida mais longa, o que lhes possibilitou reconstruir seus projetos de vida pós-diagnóstico de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Em alguns casos, esta reconstrução implica em novas relações afetivas, independente da sorologia do parceiro (a). Em situações divergentes de contaminação, a situação de “sorodiscordância” é caracterizada pelo envolvimento afetivo e sexual entre pessoas com sorologias distintas. As novas tecnologias de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento propiciaram uma redução nas taxas de transmissão direta e vertical do HIV, este avanço significativo na diminuição da mortalidade e no aumento da qualidade de vida de portadores do HIV/AIDS acabou por possibilitar que os filhos de casais sorodiscordantes tenham a oportunidade de não serem infectados pelo vírus, o que torna o desejo reprodutivo dessa população uma nova questão nos serviços de saúde. Na busca de uma melhoria do atendimento aos que convivem com o HIV/AIDS e da preservação da sorologia de parceiro (a) soronegativo (a), estes casais requerem uma atenção específica e efetiva dos serviços e políticas de saúde. Sendo a sorodiscordância um tema pouco abordado e discutido, merece melhor compreensão diante das barreiras referentes a reprodução desses casais, a fim de garantir a não contaminação do parceiro e da criança que será gerada. Casais sorodiscordantes são frequentemente desmotivados a recorrer a gestação devido a preocupação do controle da doença, o que, muitas vezes, restringe seus desejos. Numa perspectiva de integralidade do cuidado à saúde uma das questões importantes a ser destacada está relacionada à saúde sexual e aos direitos reprodutivos, nesse sentido, considerando o direito à maternidade/paternidade o presente trabalho tem como objetivo descrever o estado da arte na literatura sobre a assistência dos casais sorodiscordantes ao planejamento familiar nas unidades básicas de saúde examinando através da Análise do Discurso dos achados os fatores que facilitam ou dificultam a assistência destes frente ao desejo da maternidade/paternidade.

Palavras-chave: HIV/AIDS. Direitos reprodutivos. Planejamento familiar.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos artigos por título, título da revista e ano de publicação .	16
Quadro 2 - Caracterização, objetivos, resultados e recomendações	18
Quadro 3 - Frequência e porcentagem dos artigos por área de periódico	21
Quadro 4 - Frequência e porcentagem dos artigos por região do Brasil	21
Quadro 5 - Frequência e porcentagem dos artigos por período.....	22
Quadro 6 - Frequência e porcentagem dos artigos por público-alvo.....	22
Quadro 7 - Frequência e porcentagem dos artigos por classificação dos objetivos..	23
Quadro 8 - Categorias, considerações e Desafios	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AZT	Azidotimidina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CTA	Centro de Testagem e Acolhimento
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	<i>Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SAE	Serviços de Atenção Especializada
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNAIDS	<i>Joint United Nations Program on HIV/AIDS</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 JUSTIFICATIVA	12
1.2 OBJETIVO.....	13
1.3 MÉTODO.....	13
2 RESULTADOS.....	16
3 DISCUSSÃO	25
3.1 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E O HIV/AIDS.....	25
3.2 DESEJOS E ANSEIOS DOS CASAIS SORODISCORDANTES FRENTE A DECISÃO DE TER FILHOS	31
3.3 PLANEJAMENTO FAMILIAR E EQUIDADE DE ACESSO DE PESSOAS COM HIV	35
3.4 A NOVA ÓTICA DA SAÚDE COLETIVA E A ATENÇÃO BÁSICA	38
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICE.....	57
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS	58

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, os direitos reprodutivos são direitos fundamentais que incluem um conjunto de princípios, normas, institutos e medidas jurídicas sobre todas as reivindicações éticas e políticas que todo o ser humano tem ou deve ter perante a sociedade em relação à reprodução e sexualidade (BRASIL, 2005).

No final da década de 60, na 21ª Conferência Mundial de Saúde, a fertilidade foi incluída em propostas de núcleo e Planejamento Familiar, sugerindo que serviços específicos estivessem disponíveis na atenção primária (HASSA *et al.*, 2005). Porém, apenas em 1995, a ONU, através do Programa de Ações das Nações Unidas, a incorporou no programa de Planejamento Familiar, propondo o direito de definir número de filhos, e o intervalo entre as concepções.

O desejo de ter filhos pode ter diversos significados na sociedade, desde capacidade reprodutiva à afirmação de uma identidade social em determinados círculos sociais. É um sentimento moldado por normas sociais mais amplas, não se resumindo a uma vontade pessoal ou a uma decisão individual.

Atualmente são amplamente reconhecidos os enormes avanços conquistados em relação à saúde das pessoas que convivem com o HIV/AIDS. Em 1999, o Ministério da Saúde iniciou uma política de busca de casos ativos para o acesso a medicação antirretroviral, objetivando a melhora da qualidade de vida e mudança no perfil da epidemia. Mudança esta que ficou ainda mais evidente com a Lei nº9.313, de 13 de novembro de 1998, que tornou obrigatória a distribuição de medicamentos anti-HIV pelo sistema público de Saúde (BRASIL, 1999).

Segundo dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre a infecção do HIV/Síndrome da Imunodeficiência Humana - AIDS – UNAIDS, no Brasil, no ano de 2014, haviam 734.000 pessoas vivendo com HIV, estimando-se, ainda, que ocorreram 44.000 novas infecções. Neste contexto, é imperioso verificar se estas pessoas que formam uma grande parte da população brasileira possuem seu acesso ao planejamento familiar e direito a maternidade/paternidade garantidos.

Pessoas que convivem com o HIV/AIDS passaram a ter uma vida mais longa, o que lhes possibilitou reconstruir seus projetos de vida pós-diagnóstico de soropositividade. Em alguns casos, esta reconstrução implica em novas relações

afetivas, podendo estas serem constituídas com um parceiro(a) soropositivo ou não, tornando-se assim mais frequente a situação de “sorodiscordância”, caracterizada pelo envolvimento afetivo entre pessoas com sorologias distintas para o HIV (AMORIM, 2008).

Em relação à reprodução de indivíduos portadores do HIV, o preconceito e o estigma ainda estão presentes, apesar das enormes mudanças na trajetória da doença e seu tratamento. O estigma relacionado à associação da doença a grupos marginalizados, tais como homossexuais e profissionais do sexo, criaram barreiras onde os soropositivos são comumente associados a situações de segregação (social e auto segregação) desestimulando-os dos próprios projetos de vida, comuns a qualquer pessoa soronegativa (REIS; GIR, 2004).

As novas tecnologias de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento propiciaram uma redução nas taxas de transmissão do HIV. Estes avanços significantes na qualidade de vida de portadores do HIV/AIDS aumentam as chances de nascimento de filhos soronegativos em casais sorodiscordantes, o que torna a meta de maternidade/paternidade uma nova questão para os serviços de saúde. A transmissão vertical do HIV pode ocorrer através da contaminação do vírus da mãe para o feto durante a gestação – na proporção de 35% –, no trabalho de parto – proporção de 65% –, ou na amamentação – com RR de 7% a 22% por exposição – (BRASIL, 2004).

Apesar da gravidez associada à infecção pelo HIV estar vinculada a situação de imunossupressão pelo uso da medicação, estudos apontam que a gravidez não altera a replicação viral ou a progressão para AIDS (BESSINGER *et al.*, 1998). A infecção materna também não foi associada a anomalias fetais ou a outras anormalidades relacionadas, especificamente à gravidez na presença da infecção pelo HIV (CDC, 2006).

O diagnóstico da infecção no período pré-concepcional ou no início da gestação possibilita um melhor controle da carga viral e melhores resultados na profilaxia da transmissão vertical (BRASIL, 2005; CDC, 2006). Esses cuidados, acrescidos de técnicas de assistência preconizadas para a concepção, e da prevenção da transmissão vertical durante toda a gravidez, no parto e no pós-parto, incluindo a não amamentação, permitem que a gestação ocorra em circunstâncias de risco reduzido para a mulher e para a criança, promovendo melhores resultados maternos e pré-natais (BRASIL, 2005).

Baseado na eficácia da profilaxia, em 2002, o Ministério da Saúde implantou o “Projeto Nascer – Maternidade”, tendo como finalidade o fortalecimento das ações de prevenção para o controle da transmissão vertical do HIV (SANTOS *et al*, 2010) e prevendo ações como: testagem anti-HIV, acompanhamento do nível de virulência e adequação mensal dos antirretrovirais, manejo adequado do trabalho de parto, supressão da lactação natural, e acompanhamento do recém-nascido e puérpera sistematicamente até os 36 meses da criança. A implantação de tais medidas tem importância na diminuição da transmissão mãe-filho do HIV, com redução de quase 40% no risco de transmissão (BRASIL, 2007).

Apesar desse cenário promissor, casais que convivem com o HIV/AIDS são frequentemente desmotivados a recorrer a gestação devido a preocupação do controle da doença, ignorando o desejo dos casais. O estado da arte na literatura nacional sobre a assistência dos casais sorodiscordantes ao planejamento familiar ainda é pouco analisado, e identificar os principais fatores de acesso e assistência é o objetivo deste estudo.

1.1 JUSTIFICATIVA

Com a disponibilização gratuita e universal dos medicamentos antirretrovirais pelo governo, prolongou-se a expectativa de vida de pessoas portadoras do HIV/AIDS, e a doença passou a ser considerada crônica e tratável, tendo sua letalidade reduzida em todo o país. Diante desse novo cenário, surgiu para os indivíduos soropositivos, o investimento em projetos de longo curso de vida, dentre eles a reprodução, antes considerada incompatível aos portadores devido a possibilidade de transmissão vertical.

Uma das questões trazidas por essa nova realidade, diz respeito aos casais sorodiscordantes que, na busca de uma melhoria do atendimento aos que convivem com o HIV/AIDS e da não infecção do parceiro (a) soronegativo (a), desafiam e requerem uma atenção específica e efetiva dos serviços e políticas de saúde, já que a sorodiscordância é um tema pouco abordado e discutido, que merece melhor compreensão diante das barreiras referentes à manutenção da vida afetivo-sexual, o enfrentamento da prevenção sexual do HIV e projetos de vida relacionados à reprodução.

Em estudos internacionais que abordam casais sorodiscordantes a concepção é discutida predominantemente ao homem soropositivo, em contraponto aos estudos brasileiros sobre Planejamento Familiar no contexto do HIV/AIDS que são orientados predominantemente à mulher, tendo como justificativa o crescente número de mulheres em idades reprodutivas infectadas em todo o mundo (ONUSIDA, 2006). Ao se pensar nas diretrizes do SUS, essa assistência gera uma necessidade de maior inclusão de homens nas rotinas, abrangendo efetivamente o casal sorodiscordantes nas ações de Planejamento Familiar.

Sendo estas ações desenvolvidas principalmente na atenção primária, e as diretrizes do Ministério da Saúde orientarem que pessoas em acompanhamento nos serviços especializados devam também ser acompanhadas pelas unidades básicas, dentro de uma lógica de co-responsabilização, a Atenção Básica se torna uma instância cada vez mais importante na atenção em HIV-Aids.

1.2 OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo analisar o estado da arte na literatura sobre a assistência dos casais sorodiscordantes ao planejamento familiar nas unidades básicas de saúde através de uma revisão integrativa.

1.3 MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura proposta por Cooper (1982) que busca analisar as produções sobre o acesso e assistência a casais sorodiscordantes nos programas de planejamento familiar. Este referencial metodológico foi escolhido devido à facilidade de operacionalização das etapas de sua metodologia, que agrupa os resultados obtidos de pesquisas primárias sobre o mesmo assunto, com o objetivo de sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico (COOPER, 1982). Este tipo de estudo tem como principal objetivo fornecer e direcionar as práticas baseando-se nas evidências científicas, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (SOUZA, 2010). Desse modo, a opção por esta metodologia neste trabalho visa oferecer subsídios que permitam reflexões acerca do tema, possibilitando a síntese do estado da arte.

Os procedimentos metodológicos da revisão integrativa adotados neste estudo se deram em cinco etapas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

A etapa de formulação do problema, deu-se a partir da construção da questão norteadora permitindo identificar o propósito da revisão, facilitando a definição dos critérios de inclusão e de exclusão, extração e análise das informações. Face ao

objetivo deste estudo, a formulação do problema deu-se através da seguinte questão norteadora: Como se dá a assistência de casais sorodiscordantes ao planejamento familiar?

Na etapa de coleta de dados, se definiu as bases de dados, os descritores, os critérios de inclusão e de exclusão e o período de busca dos artigos científicos. Foi consultado o DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, da BVS, e encontrados os seguintes termos: "planejamento familiar", "AIDS", "reprodução", "Atenção primária à saúde", HIV, "equidade de acesso", "sorodiscordância", "Serviços de planejamento familiar" e "saúde reprodutiva".

A partir desses descritores, foi realizado busca de publicações nas bases de dados bibliográficas Portal Capes e BVS - Biblioteca Virtual em Saúde (coordenada pela BIREME, OPAS, OMS) para selecionar os artigos. Foram feitas as seguintes combinações, no Portal Capes:1) "Planejamento familiar AND Aids", sendo encontrados 95 artigos; 2) "Reprodução AND Aids", sendo encontrados nesta busca 242 artigos. Foram adotados os seguintes filtros: artigos que se enquadrassem na base de dados como artigos científicos, com os descritores exatos, em periódicos revisados por pares. Na base de dados BVS a pesquisa foi realizada por associação de descritores com as seguintes chaves de busca: "Planejamento familiar AND Atenção primária à saúde", foram encontrados 40 artigos. "HIV AND Equidade de acesso", 31 artigos. "Planejamento familiar AND HIV", tendo como filtro específico "assuntos principais" "Serviços de planejamento familiar; Saúde Reprodutiva", apresentaram 565 artigos. Cabe ressaltar que o descritor "planejamento familiar" apresentou uma palavra-chave "Sorodiscordantes" correlata a que foi utilizada como descritor nessa busca, ampliando a busca com a associação "Sorodiscordantes AND Planejamento familiar", tendo sido encontrados apenas 2 artigos. Por fim, a chave de busca "atenção básica AND HIV", obteve 52 artigos.

Os artigos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: (1) população-alvo (mulheres, homens, casais), (2) idioma (português,

inglês, espanhol, português do Brasil), (3) artigos científicos publicados entre os anos de 2005 a 2015 disponibilizados na íntegra e que contenham informações sobre casais que convivem com HIV/AIDS e planejamento familiar. Foram excluídos textos em que a conjugalidade no contexto do HIV/AIDS não fosse foco da discussão e os textos que consideravam relações homoafetivas. Teses, monografias e manuais foram utilizados para construção da introdução e para apoio a discussão. As buscas ocorreram no período entre junho e setembro de 2016, sendo refeitas para confirmação em 10 de março de 2017, tendo o último resultado analisado em 20 de maio de 2017.

Foram encontrados 1027 publicações que foram previamente analisadas com a leitura dos títulos e resumos, destas, 60 se familiarizavam com o tema. Posteriormente, aplicando-se os critérios de inclusão, os que se adequaram ao objetivo do trabalho foram analisados com a leitura integral do conteúdo, sendo ao final considerados, para esta revisão bibliográfica, 16 documentos.

Na etapa de avaliação dos dados, foi elaborado um instrumento de coleta (Apêndice A), cujos os itens se destinaram ao registro das informações dos achados, contendo: numeração, autor(es), título, periódico, ano do artigo, volume, número, palavras-chave/descriptores, objetivo/questão norteadora, metodologia, tipo de estudo, população/amostra, local do estudo, resultados, propostas/recomendações, conclusões e limitações. Esses instrumentos foram preenchidos após a leitura integral dos artigos tendo em vista a questão norteadora do estudo.

A etapa de análise e interpretação dos dados caracterizou-se pela síntese, comparação e discussão das informações extraídas dos achados. E a partir da leitura e análise dos 16 artigos houve a categorização dos resultados, mediante temas de interesse do presente estudo e temas centrais dos achados, nas seguintes categorias: Direitos Sexuais e Reprodutivos e o HIV/AIDS; Desejos e anseios dos casais sorodiscordantes frente a decisão de ter filhos; e Planejamento Familiar e a equidade de acesso de pessoas com HIV.

Na última etapa, de apresentação de resultados, os achados foram expostos na forma de quadros afim de fornecer uma visão mais abrangente acerca dos principais resultados e conclusões sobre o acesso e assistência a casais sorodiscordantes nos programas de planejamento familiar.

2 RESULTADOS

Com a análise dos resultados desta revisão integrativa buscou-se refletir sobre os achados selecionando as variáveis de interesse registradas no instrumento de coleta de dados (Apêndice A).

A revisão incluiu 16 artigos científicos, todos encontrados simultaneamente nas bases de dados Portal Capes e BVS, que foram numerados para fins demonstrativos, processados no Excel (tabelas) e visualmente distribuídos por título (Quadro 1), título da revista e ano de publicação. Posteriormente, estes achados foram caracterizados (Quadro 2), onde pode-se identificar seus objetivos, questões de investigação, resultados, e recomendações/conclusões finais.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos por título, título da revista e ano de publicação

Nº	Título do Artigo	Título da revista	Ano de Publicação
1	Analisando a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância	Ciência & Saúde Coletiva	2008
2	"A via que facilita é a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família	Fractal - Rev. De Psicologia	2013
3	Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados	Cad. Saúde Pública	2003
4	Desejo de maternidade entre mulheres com HIV/AIDS	Revista Baiana de Saúde Pública	2010
5	O desejo de ter filhos e o planejamento familiar entre casais sorodiscordantes ao HIV	Ciência, Cuidado e Saúde	2013
6	Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2005
7	Efeitos da condição sorológica sobre as escolhas reprodutivas de mulheres HIV positivas.	Psicologia: Reflexão e Crítica	2009
8	Escolhas e direitos reprodutivos de mulheres portadoras de HIV/Aids	Anais da VI Jornada Internacional de Políticas Públicas	2013
9	Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes	Interação em Psicologia	2006
10	Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade	Rev. Saúde Pública	2002
11	Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação	Rev. Brasileira de Enfermagem	2013

12	Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas	Estudos de Psicologia	2008
13	O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência	Psico	2012
14	Políticas públicas para pessoas com HIV: discutindo direitos sexuais e reprodutivos	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	2009
15	Sem Direito de Amar?; A Vontade de Ter Filhos Entre Homens (e Mulheres) Vivendo Com o HIV.	Psicologia USP	2002
16	Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura	Psicologia & Sociedade	2009

Fonte: elaboração da autora.

Ao caracterizar os achados (Quadro 2), constatou-se que todos apresentavam seus objetivos e problemática de estudo de forma clara e bem delineada, facilitando o entendimento dos mesmos.

Examinando o quadro 2, ao se observar os títulos dos achados, pode-se considerar que a maioria refere-se à sexualidade, reprodução e enfrentamentos relacionados a sorodiscordância. Isso se aplica, porque segundo Remien (2002) há um aumento cada vez maior do número de casais sorodiscordantes, e o tema por seu potencial de risco de transmissão da epidemia, acentua a tendência a enfatizar uma atenção específica na saúde pública.

Considerando os objetivos dos achados, identificou-se que 6 estudos (3,7,8,10,12,16) buscavam entender, compreender, investigar ou refletir acerca das escolhas e demandas reprodutivas no contexto do HIV/AIDS.

Identificou-se também, que 4 artigos (1,6,13,15) objetivaram compreender, entender e identificar questões subjetivas relacionadas a conjugalidade, prática sexual e manutenção do cuidado.

Objetivou-se em 3 estudos (4,5,11) investigar, analisar e identificar percepções e fatores que levam homens e mulheres que convivem com o HIV/AIDS a optarem pela gestação, pelo desejo da maternidade/paternidade.

Quadro 2 - Caracterização, objetivos, resultados e recomendações

Nº	Título do trabalho	Informações Bibliográficas	Objetivo	Resultados	Recomendações/ Conclusões finais
1.	Analisando a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância	AMORIM, Camila Miranda de; SZAPIRO, Ana Maria. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1859-1868, Dez. 2008.	Analisar como as pessoas que vivem em sorodiscordância convivem com esta situação, onde constantemente a prática sexual pode levar ao risco de infecção pelo vírus.	Foram realizadas entrevistas com 9 mulheres e 8 homens, onde foram evidenciados o temor de transmitir o vírus HIV ao (à) parceiro (a) soronegativo (a) apareceu como uma constante. Além do medo, dificuldades para conversar sobre o assunto, planejar o futuro e manter uma vida sexual considerada satisfatória também se destacaram. O uso do preservativo não aparece como algo adotado facilmente. Os entrevistados apontam outros fatores em jogo no exercício das práticas sexuais com prevenção efetiva – para além do conhecimento sobre as formas de infecção pelo vírus. Tais fatores parecem depender mais diretamente das possibilidades de cada um dos parceiros em construir uma identidade do casal diante de uma nova realidade que traz risco. Paradoxalmente, o risco de infecção que está sempre num outro, neste caso, está num outro muito próximo, do qual depende, inclusive, a permanência do casal.	Busca contribuir para a reflexão sobre a sorodiscordância, já que esta surge como problemática no contexto atual da epidemia de AIDS. Destacando que a temática merece ser mais compreendida e estudada, especialmente por ser uma realidade recente
2.	"A via que facilita e a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família	ZAMBENEDETTI, Gustavo; BOTH, Nela; Silvana. Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 41-58, Apr. 2013	Analisar a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família - ESF, levando-se em consideração a dinâmica do estigma associada a Aids, sob a perspectiva dos profissionais de saúde.	Foram realizadas entrevistas com os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem e um grupo focal com os Agentes Comunitários de Saúde. A análise realizada se deteve sobre três eixos: a percepção dos profissionais sobre o estigma relacionado a Aids; a participação dos profissionais na dinâmica do segredo/encobrimento/revelação do diagnóstico; a participação dos profissionais na (re)produção de estigmas. Os resultados apontaram a necessidade da dinâmica do estigma ser considerada no planejamento das ações e serviços em saúde, visando facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento, a construção de vínculo e confiança entre usuários e profissionais.	Sugere a necessidade da dinâmica do estigma permeasse as relações dos profissionais em saúde e propõe que o tema seja discutido na equipe, visando a responsabilização dos profissionais com o problema. Identifica a necessidade de discussão e incorporação de novas estratégias de educação em saúde, relacionadas aos estigmas da doença. Além, de demonstrar que a territorialização e adesão da clientela deve ser problematizada para facilitar o acesso à unidade de saúde.
3.	Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados	OLIVEIRA, Luzia Aparecida; FRANCA JUNIOR, Ivan. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S315-S323, 2003	Compreender o modo como foram tratadas, em serviços de saúde especializados, as demandas reprodutivas das pessoas vivendo com HIV/AIDS.	O estudo indicou que os profissionais de saúde compreenderam as demandas reprodutivas como das mulheres, ligadas ao controle da transmissão vertical do HIV. As demandas reprodutivas não foram tomadas como objeto do trabalho coletivo destes profissionais. Foram evidenciadas diferentes racionalidades técnicas, éticas e morais. Entre os profissionais predominou-se a lógica do controle da epidemia, e entre os usuários predominou as escolhas ligadas ao modo de vida, corroboradas no "aparecimento da gravidez".	O reconhecimento da autonomia, quanto às decisões reprodutivas das pessoas vivendo com HIV/ AIDS, parece necessário para a formulação de estratégias assistenciais que respeitem os Direitos Humanos e minimizem os riscos de infecção pelo HIV. Essa perspectiva implica a exigência de respostas assistenciais, por parte dos serviços, mais próximas das necessidades de saúde de indivíduos e coletividades.
4.	Desejo de maternidade entre mulheres com HIV/AIDS	SANTOS, Shizei Ferreira Filgueiras dos; BISPO JUNIOR, José Patricio. Revista Baiana de Saúde Pública, Bahia, v. 34, n. 2, p.299-310, jun. 2010.	Analisar as percepções de mulheres com HIV/AIDS sobre o desejo da maternidade.	Os resultados demonstraram que a maternidade se configura como desejo das mulheres e não é abalado sob o signo da infecção pelo HIV. Um grupo de mulheres entrevistadas, mesmo desejando ter filhos, revelou que não pretende mais tê-los por conta do preconceito social da doença e do medo da transmissão do vírus para o bebê. As mulheres demonstraram relativo conhecimento sobre as medidas preventivas para a transmissão vertical. O não aleitamento materno é apontado como a maior dificuldade de ser seguida pelas mães soropositivas.	Ampliação da atenção à saúde da mulher e desenvolvimento de educação permanente para os profissionais de saúde, especialmente quando relacionado as questões subjetivas do processo saúde-doença-cuidado, como sentimentos, desejos e expectativas.
5.	O desejo de ter filhos e o planejamento familiar entre casais	REIS, Renata Karina; NEVES, Lis Aparecida de Souza; GR, Elvira. Ciênc. Cuidado e Saúde. Universidade	Identificar o desejo de ter filhos e as estratégias adotadas para planejamento familiar e utilização de métodos contraceptivos	Os dados foram obtidos por meio de entrevistas individuais, participando do estudo 11 pessoas vivendo com o HIV/AIDS, sendo quatro mulheres e sete homens. Os motivos apontados pelos que não desejavam ter filhos referiram-se a aspectos que extrapolavam a condição de soropositividade ao HIV. Entre os desejavam ter filhos, o medo de	Os profissionais devem ser capacitados e sensibilizados para promover atendimento e orientação aos casais sorodiscordantes, abordando planejamento familiar e suas decisões reprodutivas.

	sorodiscordantes ao HIV	Estadual de Maringá, Maringá, v. 12, n. 2, p.210-218, set. 2013.		transmissão do HIV para o parceiro e criança, não se constituiu como fator impeditivo. Apesar disso, os profissionais de saúde nem sempre apresentavam postura acolhedora. O planejamento familiar é pouco discutido entre casais sorodiscordantes.	
6	Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro	REIS, Renata Karina; GIR, Elucir. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 32-37, Feb. 2005.	Identificar os fatores que interferem na manutenção do sexo seguro entre parceiros com sorologias distintas para o HIV	Os dados foram coletados através de entrevistas individuais com 11 portadores do HIV/aids que convivem com parceria soronegativa ao HIV e seguem num ambulatório especializado no atendimento a AIDS. A prevenção sexual do HIV/AIDS para a parceria não infectada constitui um dos maiores desafios para os casais sorodiscordantes, visto que a camisinha tem diferente aceitação entre homens e mulheres. A maior dificuldade para o uso do preservativo entre casais sorodiscordantes não elimina as dificuldades na sua utilização para a manutenção do sexo seguro.	Os casais sorodiscordantes merecem atendimento específico, e as estratégias preventivas devem contemplar os aspectos culturais e psicossociais que se constituem em importantes aspectos de vulnerabilidade dos parceiros soronegativos.
7	Efeitos da condição sorológica sobre as escolhas reprodutivas de mulheres HIV positivas	SANT'ANNA, Ana Carolina Cunha; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 244-251, 2009.	Investigar a percepção de mulheres HIV positivas quanto aos efeitos da condição sorológica sobre suas escolhas reprodutivas	O estudo foi realizado com 100 mulheres HIV positivas em idade reprodutiva. A maior parte delas afirmou que a soropositividade modificou o desejo de ter filhos. As categorias de motivos mais frequentes foram o receio do risco de transmissão do HIV para o bebê e a soropositividade como sinônimo de morte. Dentre as participantes que relataram o desejo pela maternidade, os principais motivos mencionados foram a vontade do parceiro de ter filhos, e a crença de um filho como complemento ao relacionamento.	Os resultados sinalizam a necessidade de que os serviços atuem em consonância com os programas de atenção integral à saúde da mulher e os princípios do Sistema Único de Saúde, acolhendo e respeitando as decisões reprodutivas de mulheres soropositivas.
8	Escolhas e direitos reprodutivos de mulheres portadoras de HIV/Aids	FREITAS, N. M.; NERY, Inez Sampaio. In: VI Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2013, São Luís-MA. Anais da VI Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2013.	Refletir sobre as escolhas reprodutivas de mulheres com HIV, considerando os seus direitos sexuais e reprodutivos.	Toma-se de uma revisão bibliográfica que destaca que as escolhas reprodutivas das mulheres HIV-positivas são um dilema que raramente é foco de discussão, tendo foco na ótica da usuária. O aconselhamento para o planejamento familiar ainda não é uma prática sistemática ou até prevista nos programas de AIDS. O foco dos programas costuma ser na transmissão vertical, sem considerar as escolhas reprodutivas. A infecção não modifica, substancialmente, o desejo por ter filhos.	O desejo de ter filhos está presente entre portadoras de HIV, fazendo-se necessário a estruturação dos serviços para o planejamento familiar, a fim de que elas tomem suas escolhas reprodutivas de maneira consciente e segura, dando a estas mulheres, e suas necessidades, o devido aporte.
9	Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes	CARVALHO, Fernanda Torres de; PICCININI, Cesar Augusto. Interação em Psicologia, Curitiba, v. 10, n. 2, p.345-355, 31 dez. 2006.	Investigar os sentimentos de gestantes portadoras de HIV/Aids a respeito da própria infecção, sobre a maternidade e o bebê.	Foram entrevistadas seis gestantes e suas respostas foram examinadas com base em três categorias: Experiência de infecção pelo HIV/Aids, Sentimentos no contexto de gestação e HIV/Aids e Relações familiares e HIV/Aids. Os resultados revelaram comportamentos sexuais de risco e dificuldade de assimilação do diagnóstico, com tentativas de justificar a origem da infecção. Também apareceram medos, culpas, preconceitos, frustração com a própria mãe, perda da figura materna, falta de apoio familiar e instabilidade na relação com o pai do bebê.	Traz a luz importância de intervenções psicológicas com gestantes portadoras de HIV/Aids, visando à adesão ao tratamento e à prevenção da transmissão materno-infantil do HIV. Além de destacar que o tema em questão merece mais estudos.
10	Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade	SANTOS, Naila JS et al. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 4, supl. p. 12-23, Aug. 2002	Estudar questões relativas à sexualidade e à saúde reprodutiva de mulheres HIV-positivas, seu acesso às práticas de prevenção, sua aderência a tratamentos e a possibilidade de fazerem opções conscientes quanto à gravidez	A média de idade das mulheres pesquisadas foi de 32 anos, e metade das entrevistadas manteve vida sexual ativa após infecção pelo HIV. Do total das mulheres, 76% tinham filhos, e 21% ainda pensavam em tê-los. Um maior número de filhos, maior número de filhos vivos e de filhos que moravam com as mães foram os fatores mais indicados como interferência negativa na intenção de ter filhos. Não foi encontrada associação entre pensar em ter filhos com as variáveis como percepção de risco, situação sorológica do parceiro, uso de contraceptivos e outras. Os métodos contraceptivos mudaram, sensivelmente, na vigência da infecção pelo HIV.	Mulheres HIV-positivas precisam ter seus direitos reprodutivos e sexuais discutidos e respeitados em todos os serviços de atenção à saúde. A adesão ao medicamento e ao sexo seguro são importantes, mas difíceis, requerendo aconselhamento e apoio. São necessários serviços que promovam ambiente de apoio para essas mulheres e seus parceiros, propiciando às pessoas com HIV/Aids condições de conhecer, discutir e realizar opções conscientes no que concerne às decisões reprodutivas e sua sexualidade.
11	Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros	CORDOVA, Fernanda Peixoto et al. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. 1, p. 97-102, Feb. 2013	Investigar os motivos que levam mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros a decidirem engravidar, tendo em	Da análise dos questionários preenchidos pelas participantes emergiram três categorias temáticas: Planejamento da gravidez; Conhecimento sobre Transmissão e Tratamento do HIV/AIDS; e Vivendo no contexto HIV/AIDS. Dentre as seis participantes, metade delas disse que planejou	O grande desafio do planejamento familiar no contexto do HIV/AIDS é compreender os significados que a gestação constrói na vida dos casais, produzir ações que promovam a autonomia dos sujeitos e garantir o

	fronte à decisão pela gestação	2013.	vista o risco da transmissão viral e da contaminação ou reinfeção do parceiro.	a gravidez juntamente com o companheiro, e destes casais apenas 1 foi aconselhada pelo médico sobre o melhor momento de engravidar. Em relação à prevenção da transmissão vertical, as mulheres demonstraram saber o que deve ser feito. Os impactos e o imaginário social construído em relação à epidemia de HIV/AIDS foram evidenciados especialmente neste período de transição para a maternidade/paternidade.	direito à reprodução e o de construir uma família.
12	Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas.	SANT'ANNA, Ana Carolina Cunha; SEIDL, Eliane Maria Fleury; GALINKIN, Ana Lúcia. Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 25, n. 1, p. 101-109, Mar., 2008	Investigar a percepção de mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana positivo quanto às escolhas reprodutivas no contexto da soropositividade.	Observou-se que as participantes estavam bem informadas sobre o processo de prevenção da transmissão vertical. A condição sorológica teve impacto na vida sexual e reprodutiva, evidenciado no adiamento ou extinção dos planos de ter filhos. A reação das pessoas em geral, bem como do profissional de saúde, diante do desejo de ter filhos por parte da mulher soropositiva foi apontada como desfavorável.	A relevância da realização de pesquisas na área, a fim de que os direitos reprodutivos das mulheres soropositivas sejam compreendidos, favorecendo sua valorização e respeito.
13	O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência	PALACIO, Marília Belfiore; FIGUEIREDO, Marco Antônio de Castro; SOUZA, Lúcia Barcelos de. Psico, Ribeirão Preto, v. 43, n. 3, p.360-367, set. 2012.	Compreender como portadores HIV/AIDS manejam seu cuidado em saúde e suas perspectivas de integração do cuidado.	Entrevistas abertas, realizadas com 05 usuários de uma unidade especializada, foram analisadas segundo procedimentos de Análise Temática de Conteúdo. A Categoria Temática Apropriação das Linhas de Cuidado, agrupou conteúdos sobre Necessidades de Comunicação; Acesso e Cuidado em Saúde, que referiram contradições emergentes na relação entre necessidades em saúde e a desintegralidade do sistema de saúde, apontando concepções de um modelo fragmentado de cuidado e dificuldades no intercâmbio entre níveis de atenção.	O projeto terapêutico deve considerar que necessidades de comunicação, acesso e cuidado também são permeadas pela subjetivação dos usuários.
14	Políticas públicas para pessoas com HIV: discutindo direitos sexuais e reprodutivos.	VIDAL, Eglídia Carla Figueiredo et al. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, S.I, v. 10, n. 2, p.166-174, 2009.	Refletir sobre as políticas públicas para pessoas que vivem com HIV/AIDS, levando em consideração os seus direitos sexuais e reprodutivos.	Através de estudo reflexivo, foram estabelecidas as seguintes categorias temáticas para reflexão: políticas brasileiras relativas ao HIV/AIDS; a sociedade civil nas políticas brasileiras para a epidemia de HIV/AIDS; direitos sexuais e reprodutivos na presença do HIV; direitos sexuais e reprodutivos: estigma e vulnerabilidade. A AIDS representou com os anos, uma nova forma de pensar e construir políticas públicas no Brasil, ainda assim, chama-se atenção para a dinâmica destas políticas, observando-se a necessidade de organização e articulação a fim de preparar e ofertar serviços com respeito ao exercício da sexualidade e de decisões reprodutivas.	Necessidade de discutir a prática profissional para tomar realidade o que já é direito, como também a execução de políticas afirmativas dos direitos sexuais e reprodutivos e a busca da eliminação dos estigmas sobre o HIV, que aparece como importante item para reflexão.
15	Sem Direito de Amar? A Vontade de Ter Filhos Entre Homens (e Mulheres) Vivendo Com o HIV.	PAIVA, Vera et al. Psicol. USP, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 105-133, 2002.	Entender as necessidades de assistência e cuidado do ponto de vista dos portadores e descrever como a estigmatização e a consequente violação dos seus direitos permeiam presentes nas atitudes dos profissionais de saúde e na normatização dos modelos assistenciais	Pesquisa com 250 homens portadores do HIV que fazem sexo com mulheres. 43% dos homens e até 20% das mulheres entrevistadas queriam ter filhos, principalmente os que não têm filhos. 85% dos homens mantêm atividade sexual e é baixo o nível de informação sobre reprodução na condição de portadores. Apesar das conquistas que permitem a paternidade sem infecção da parceira e da criança, os resultados indicam pouco acolhimento, mesmo nos centros de excelsão pesquisados.	Sugere-se treinamento de profissionais e organização de programas, com os seguintes temas: a obrigatoriedade, ética e constitucional de promoção dos direitos reprodutivos, desafiar o estigma anti-família associado às pessoas vivendo com HIV e às noções essencialistas que naturalizam as definições sobre a família e os gêneros.
16	Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura	GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro et al. Psicol. Soc., Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 223-232, Aug. 2009	Examinar o impacto da infecção por HIV/AIDS na vida reprodutiva de pessoas portadoras, considerando o direito à maternidade e à paternidade.	Foi realizada uma revisão da literatura acerca de aspectos biológicos, psicológicos e sociais que compõem o cenário da assistência em saúde reprodutiva. Constatou-se que a prevalência da lógica biomédica e o impacto social da epidemia restringem o exercício do direito à maternidade e à paternidade dos indivíduos portadores de HIV/AIDS.	Entende-se que as políticas públicas e as ações em saúde devem ser direcionadas pelo respeito ao princípio da integralidade e pelo respeito à autonomia individual, dentro de um contexto de apoio e orientação psicossocial.

Os artigos analisados encontravam-se publicados em diferentes periódicos, totalizando o mesmo número de achados (16). Diante disso, fez-se necessário elencar as áreas destes periódicos (Quadro 3), afim de identificar em qual setor haviam mais produções sobre o tema.

Quadro 3 - Frequência e porcentagem dos artigos por área de periódico

Áreas dos Periódico	Freq.	%
Enfermagem	3	18,75
Ciência e Saúde Coletiva	2	12,50
Psicologia	7	43,75
Saúde e Políticas Públicas	4	25,00
Total	16	100

Fonte: Adaptação da autora.

Constata-se que dos artigos selecionados, 7 foram publicados em periódicos da área de Psicologia (2,7,9,12,13,15,16), representam 43,7% dos artigos publicados. Tal fato pode ser explicado por conta das experiências de se (con)viver com o HIV/AIDS que levantam substancialmente grandes questões emocionais, assunto estudado por estas áreas. Já quanto aos 4 (25%) artigos publicados nas áreas de Saúde Políticas Públicas (3,4,8,10), evidencia-se que a temática da sorodiscordância e das demandas reprodutivas no contexto do HIV/AIDS está ganhando força dentro das estratégias/ações de saúde.

Todos os estudos que constituíram essa revisão foram publicados e desenvolvidos em território nacional. Ao analisar as regiões desenvolvimento dos estudos, temos o cenário presente no quadro 4.

Quadro 4 - Frequência e porcentagem dos artigos por região do Brasil

Região do Brasil	Freq	%
Nordeste	4	25,00
Centro-Oeste	1	6,25
Sudeste	7	43,75
Sul	4	25,00
Total	16	100,00

Fonte: Adaptação da autora.

Esses dados demonstram que as produções científicas foram prevalentemente desenvolvidas na Região Sudeste, totalizando 7 (43,7%) publicações (1,3,5,6,10,13,15). As duas segundas regiões onde mais foram desenvolvidos estudos foram a Região Nordeste com 4 (25%) publicações (4,7,8,14) e a Região Sul (25%), também com 4 achados (2,9,11,16). A região com menos estudos desenvolvidos foi a Região Centro-Oeste (6,2%), com apenas 1 publicação (12). A tabela evidencia a preocupação destas regiões na atualização e na construção de um corpo de conhecimento quanto as questões reprodutivas no contexto do HIV/AIDS.

No que se refere a ano de publicação dos artigos, pode-se observar a distribuição, conforme quadro 5.

Quadro 5 - Frequência e porcentagem dos artigos por período

Período	Freq.	%
2000 - 2005	4	25,00
2006 - 2010	7	43,75
2011 - 2015	5	31,25
Total	16	100,00

Fonte: Adaptação da autora.

Constata-se que a produção dos achados ganhou força entre os anos de 2006 e 2010 (43,7%) e voltou ao patamar dos anos anteriores entre 2011 e 2015 (31,2%). Acredita-se que estes dados possam estar atribuídos as políticas públicas direcionadas a portadores de HIV/AIDS resultantes da criação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres em 2004.

Os achados analisados tiveram como público-alvo diferentes participantes o que se constata na quadro 6.

Quadro 6 - Frequência e porcentagem dos artigos por público-alvo

Público-Alvo	Freq.	%
Profissionais de Saúde	2	12,50
Casais Sorodiscordantes	3	18,75
Mulheres no contexto do HIV/AIDS	6	37,50
Homens no contexto do HIV/AIDS	1	6,25
Gestantes no contexto do HIV/AIDS	1	6,25
Outros	3	18,75
Total	16	100,00

Fonte: Adaptação da autora.

Destacou-se nesta tabela que a maioria dos achados tem como público-alvo mulheres que vivem num contexto de HIV/AIDS (37,5%), sendo 6 artigos (4,7,8,10,11,12) nesta categoria. Outro público-alvo relevante para esta revisão integrativa, os casais sorodiscordantes, também são representados nas publicações com 3 artigos (1,5,6) abrangendo-os (18,7%). Os dados apresentados nesta tabela também evidenciam que homens que (con)vivem com HIV são pouco abordados em estudos relacionados ao HIV e as questões reprodutivas, representando apenas 6,2% dos achados. Vale ressaltar que o achado relacionado as gestantes no contexto do HIV/AIDS (9) não representa que estas não são público-alvo de estudos com a temática da infecção, mas sim que as mesmas não englobam artigos que estudam o desejo reprodutivo, já que elas se encontram em trânsito na gestação.

Quanto a metodologia dos achados, todos os 16 artigos elencavam-se na metodologia qualitativa. O quadro 7 classifica as publicações com base nos objetivos:

Quadro 7 - Frequência e porcentagem dos artigos por classificação dos objetivos

Classificação	Freq.	%
Descritivo	11	68,75
Exploratório	5	31,25
Explicativo	0	0
Total	16	100,00

Fonte: Adaptação da autora.

Observa-se que dos 16 artigos analisados, 11 (68,7%) são estudos descritivos (1,2,3,5,6,7,8,12,14,15,16), e 5 (32,2%) são de caráter exploratório (4,9,10,11,13). Nenhum dos achados era de caráter explicativo. Os estudos exploratórios comprometem-se em analisar manifestações sociais dotadas de qualidade política e auxiliam a desenvolver e esclarecer conceitos e ideias, já os estudos descritivos descrevem e as características de um determinado fenômeno, estabelecendo relação com variáveis. Ambos os tipos de estudo são adequados a temática desta revisão pois extrapolam as tradicionais abordagens comportamentalistas das estratégias do HIV/AIDS, abrindo novas e promissoras perspectivas para o conhecimento e a intervenção sobre o tema e as demandas reprodutivas.

Os resultados obtidos através dessa revisão integrativa permitiram a análise subjetiva dos estudos. Com isto, e a fim de responder a questão norteadora desta revisão, emergiram as seguintes categorias: Direitos Sexuais e Reprodutivos e o HIV/AIDS; Desejos e anseios dos casais sorodiscordantes frente a decisão de ter filhos; e Planejamento Familiar e a equidade de acesso de pessoas com HIV. Estas foram discutidas no capítulo a seguir.

Quadro 8 - Categorias, considerações e Desafios

Categorias	Estudos elencados	Considerações relevantes	Desafios	Porcentagem
Direitos Sexuais e Reprodutivos e o HIV/AIDS	2, 8, 13, 14, 16	<p>Emergem os conceitos de Direito Sexual e Reprodutivo, apontando a implementação das estratégias de planejamento familiar;</p> <p>Todos os cidadãos, incluindo portadores do HIV/AIDS, têm o direito de planejar com autonomia sua saúde sexual e reprodutiva;</p> <p>As novas tecnologias propiciaram a redução nas taxas de transmissão do HIV e melhorias significativas na qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV/AIDS;</p> <p>Homens e mulheres em idade reprodutiva são acometidos pela epidemia, chegam aos serviços manifestando o desejo de continuar vivendo e constituir família;</p> <p>A concepção entre pessoas que convivem com o HIV e que desejam ter filhos, aparece como situação desafiadora na atenção profissional;</p> <p>Os serviços de saúde ainda não tem abordado a saúde sexual e reprodutiva de pessoas com HIV/AIDS considerando plenamente seus direitos sexuais e reprodutivos.</p>	<p>Melhorar o atendimento das demandas de pessoas vivendo com o HIV/AIDS, com base no respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos;</p>	31,25%
Desejos e anseios dos casais sorodiscordantes frente a decisão de ter filhos	1, 4, 6, 9, 11, 15	<p>A condição da sorodiscordância não os extrai da vida cotidiana, das relações afetivo-sexuais e dos planos de vida futuros;</p> <p>Os profissionais de saúde adotam uma comunicação unilateral, fazendo com que as ações transcorram em caráter informativo e sem a inclusão do usuário;</p> <p>Os homens ainda são pouco considerados como sujeitos das questões reprodutivas, mais ainda no caso do homem que vive com o HIV/AIDS;</p> <p>Nos últimos anos a reprodução de casais na presença do HIV pode ser considerada como mais segura que anteriormente, desde que respeitados alguns cuidados necessários;</p> <p>A infecção pelo HIV não modifica, substancialmente, o desejo de querer ter filhos, mesmo apresentando medo do contágio e falta de apoio por parte dos profissionais de saúde;</p> <p>Os filhos, no contexto da infecção, representam na maioria das vezes, um estímulo para lutar pela vida.</p>	<p>São desafios da condição sorodiscordante e da desigualdade das reprodutivas seguras;</p> <p>Qualificar profissionais de saúde, expandindo suas práticas além do modelo técnico, entendendo o contexto do usuário, promovendo de autonomia e decisão;</p>	37,5%
Planejamento Familiar e a equidade de acesso de pessoas com HIV	3, 5, 7, 10, 12	<p>Planejamento familiar como direito de todos assegurado pela Lei nº9.263/96;</p> <p>Serviços e profissionais de saúde com foco no controle da transmissão vertical e transmissão do vírus HIV;</p> <p>Os profissionais de saúde se preocupam na redução da transmissão materno-infantil, gerando pouca liberdade às pessoas que convivem com o HIV em expressar seus desejos e planos reprodutivos;</p> <p>Nas propostas de prevenção e aconselhamento de pessoas que convivem com o HIV/AIDS, focaliza-se o uso do preservativo sem considerar as práticas reprodutivas dos indivíduos;</p> <p>Muitos serviços de saúde designados ao atendimento de HIV/AIDS ainda não estão preparados para lidar com pessoas ligadas ao planejamento familiar e direitos reprodutivos.</p>	<p>Assumir a responsabilidade do desejo à reprodução em pessoas vivendo com o HIV/AIDS, além de conhecer e educar sobre os riscos, compartilhando-o e avaliando-os continuamente;</p> <p>Promover a mudança de paradigmas em relação ao planejamento familiar, com o HIV/AIDS e a reprodução, para garantir o planejamento familiar, promovendo o acesso das pessoas a métodos contraceptivos.</p>	31,25%

Fonte: Elaboração da autora.

3 DISCUSSÃO

3.1 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E O HIV/AIDS

A experiência reprodutiva é uma representação da escolha e da liberdade individual (VARGAS; RUSSO; HEILBORN 2007), sendo premissa fundamental dos direitos sexuais e reprodutivos.

Os direitos sexuais e reprodutivos foram discutidos em vários eventos internacionais, destacando-se: Amsterdã (1984), no Tribunal de Encontro sobre Direitos Reprodutivos, e a Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento da ONU, em Cairo (1994), que além de definir os direitos sexuais e reprodutivos tornou-se referência nessa temática.

Direitos sexuais dizem respeito a livre expressão e vivência da sexualidade, sem discriminações ou violência, sem imposições e com pleno respeito pelo corpo – próprio e do outro, e os direitos reprodutivos são entendidos como o direito das pessoas sobre a decisão livre, e responsável, de ter ou não filhos, quantos ter, e em qual momento de suas vidas desejarem ter (LINDNER; COELHO; CARRARO, 2006).

A saúde sexual e reprodutiva é entendida como além das ações de aconselhamento, assistência à reprodução e às DST, ancorada na ótica que põe a atividade sexual como construção social da sexualidade, numa concepção que ultrapassa os aspectos biológicos, visando inclusão e proteção aos direitos sexuais e reprodutivos e ao conceito de cidadania, em consideração as diversidades de orientação sexual de ambos os sexos (BRASIL, 2003b).

A inclusão dos direitos sexuais e reprodutivos na definição de saúde sexual e reprodutiva não restringe qualquer pessoa ou situação, incluindo a presença de infecção pelo HIV/AIDS, sendo apresentados como direitos humanos fundamentais. Diante desse fato, levanta-se a questão: como é pensada a assistência à reprodução e a saúde sexual e reprodutiva dos casais sorodiscordantes?

A abordagem das necessidades relativas à essa demanda deve ser equitativamente ofertada nos serviços de saúde em todas as instâncias que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser pautada nos direitos humanos de reprodução, não apenas pelo acesso a informação, mas também aos insumos necessários para o exercício saudável e seguro dessa reprodução. O exercício

destes direitos deve ser garantido pelo Estado, através da promoção de espaços e possibilidades para que estas escolhas possam se realizar (BRASIL, 2010).

As políticas de saúde relacionadas à capacidade reprodutiva sempre foram pensadas e articuladas de forma a controlar a natalidade e encarcerar os desejos e práticas sexuais (VIEIRA, 2002).

A lei do Planejamento Familiar, instituída em 1996 no Brasil, orienta a livre decisão do casal sobre ter ou não filhos e direciona para o Estado a promoção do planejamento como exercício do reprodutivo.

A síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS –, pela qual o sistema imunológico do portador não consegue proteger o corpo, facilitando o desenvolvimento de inúmeras moléstias, é causada pelo vírus da imunodeficiência humana, popularmente conhecido como HIV. Tal vírus pode ser transmitido horizontalmente por transfusão de sangue contaminado, práticas de sexo inseguro com uma pessoa infectada, e uso de drogas endovenosas com agulhas comunitárias (BRASIL, 2006b). A via vertical de transmissão pode se dar a partir de transplante de órgãos, e por gestação, parto ou amamentação – e também por inseminação artificial com sêmen infectado (DINIZ, 2014). Embora os termos sejam utilizados como sinônimos, ter HIV não significa ter AIDS, tendo em vista que muitas pessoas infectadas pelo vírus – soropositivos – vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a AIDS.

A evolução das políticas públicas de saúde com relação ao HIV/AIDS no Brasil caracterizou-se por momentos distintos, considerando-se o desenvolvimento dos conhecimentos científicos com relação à doença, a participação de diferentes segmentos sociais e institucionais na elaboração das respostas à epidemia e as articulações que permearam o espaço de organização dessas ações oficiais (PARKER, 1997; ROCHA, 2003).

Alguns estudos (FONSECA; BASTOS, 2007; COSTA *et al*, 2009), apontam diferentes momentos na história do HIV/AIDS no Brasil, que se cruzam com a história da vida política no país. No início da década de 1980, quando surgiram os primeiros casos de AIDS no país, a falta de resposta se dava pela omissão das autoridades governamentais, em especial no plano federal, acompanhada de uma onda de medo, estigma e discriminação (MALISKA *et al*, 2009). Na falta de retorno por parte nacional, as respostas à epidemia tenderam a surgir das comunidades afetadas, levando à formação das primeiras Organizações Não-Governamentais (ONG's).

Com a evolução das políticas públicas em resposta à epidemia do HIV/AIDS entre 1990 a 1992, imperava a falta do diálogo entre a sociedade civil e o governo federal, tornando ainda mais clara a dificuldade de sustentar uma resposta em longo prazo à epidemia (PARKER, 1997). Finalmente, por volta de 1993, com a reorganização do PNDST/AIDS no Ministério da Saúde e com a efetivação da política de controle da epidemia, decorrente dos empréstimos do Banco Mundial ao governo brasileiro, passou-se a financiar as ações programáticas, dentre as quais, destacam-se àquelas referentes aos Programas Assistenciais às pessoas com HIV/AIDS (PORTELA; LOTROWSKA, 2006).

No que se refere à assistência às pessoas com HIV/AIDS no Brasil, ao longo das últimas décadas da epidemia, o conjunto de intervenções voltadas à qualidade da assistência esteve sempre no escopo das políticas públicas de saúde (FONSECA, 2005). A elaboração dessas políticas voltadas ao HIV/AIDS culminou na consolidação de diversas leis, programas e coordenações de saúde, assim como teve um papel preponderante na organização dos Serviços de Assistência Especializada às pessoas com HIV/AIDS (BRASIL, 2015b).

Dentre os aspectos da resposta brasileira ao HIV/AIDS vale destacar a decisão de assumir iniciativas de prevenção aliadas ao fornecimento universal e gratuito da terapia antirretroviral, o estabelecimento de uma rede de serviços de saúde para atendimento a PVH e de laboratórios para execução de exames necessários para o adequado seguimento clínico dos pacientes tratados, o forte comprometimento governamental na execução de políticas voltadas à população afetada pela epidemia, com respeito aos direitos humanos, e o engajamento efetivo da sociedade civil organizada nas ações em saúde pública, por intermédio da atuação de organizações não governamentais (ONG). Nesse contexto, o tratamento antirretroviral constitui-se indubitavelmente na intervenção de maior impacto na morbidade e mortalidade relacionadas à AIDS. A distribuição gratuita de antirretrovirais no âmbito do SUS iniciou-se em 1991, com uso de zidovudina em monoterapia, passando a fornecer a combinação terapêutica considerada mais eficaz a partir de 1996. Em 2013 a recomendação nacional passou a ser de introduzir o tratamento antirretroviral a todas as PVH, independentemente do seu status imunológico, estratégia denominada "testar e tratar". Há evidência de que tal iniciativa seja não apenas benéfica para o indivíduo tratado, como também de que seja capaz de reduzir a transmissão sexual do HIV para os parceiros do indivíduo soropositivo,

constituindo-se, portanto, em estratégia simultânea de tratamento e de prevenção. No final de 2014 registravam-se no país aproximadamente 450.000 PVH em terapia antirretroviral (BRASIL, 2015b). A meta recomendada internacionalmente para 2030 é de que 90% dos indivíduos soropositivos tenham conhecimento de seu status sorológico, isto é, que tenham sido testados e identificados como infectados pelo HIV, e que 90% desses estejam recebendo tratamento antirretroviral.

É importante ressaltar que a epidemia de HIV/aids em nosso país possui as características de uma epidemia concentrada, isto é, embora exiba uma prevalência inferior a 1% na população geral (mais precisamente 0,6% de prevalência na população brasileira entre 15 e 49 anos - 0,4% entre as mulheres e 0,7% entre os homens), sua prevalência é superior a 5% em determinados grupos populacionais, denominados, por essa razão, grupos mais vulneráveis (populações-chave): 10%-15% é a prevalência observada entre homens que fazem sexos com homens (HSH), 5% entre os profissionais do sexo, e 6% entre as pessoas que usam drogas (injetáveis ou não) (BRASIL, 2015b).

No Brasil, as políticas de saúde direcionadas aos portadores do vírus, englobam três pilares de intervenção: vigilância epidemiológica, prevenção e assistência. Estes três eixos, quando articulados garantem e caminham para a integralidade das ações como característica do programa brasileiro de AIDS. Atualmente, proclama-se “a indissociabilidade entre prevenção e tratamento”, contrapondo-se às diretrizes políticas internacionais que apontam a prevenção como resposta pública fundamental à epidemia (FONSECA, 2005).

O perfil epidemiológico do HIV/AIDS no Brasil, atualmente, reflete as tendências atuais apresentadas pelo governo brasileiro em relação à epidemia: a) o aumento da doença em mulheres; b) o aumento proporcional de casos entre os heterossexuais; c) o espraio da doença para as classes sociais menos favorecidas socialmente. Estas três tendências são denominadas como “feminização”, “heterossexualização” e “pauperização” (MAKSUD, 2007). Além destas tendências, nota-se crescente aumento da sobrevida dos casos de AIDS no Brasil. A evolução dos conhecimentos e da utilização de tecnologias cada vez mais eficazes fez com que a AIDS tivesse sua história natural alterada, a qual pode ser atribuído o expressivo aumento da sobrevida dos portadores (BRITO, 1997).

Com a distribuição gratuita e universal dos medicamentos antirretrovirais, a AIDS passou a ser considerada uma doença tratável, ocasionando mudanças no processo reprodutivo, que antes era considerado incompatível com a presença do vírus HIV, sendo necessária políticas públicas para garantir a efetivação destes direitos (MOÁS *et al.*, 2013).

Uma das maiores preocupações do Ministério da Saúde é a redução de casos de transmissão vertical do HIV na assistência a gestante portadora do vírus, dando prioridade no pré-natal que abrange uma série de rotinas para testagem rápida e acompanhamento diferenciado para o controle da carga viral. As mulheres portadoras são orientadas a utilizar antirretrovirais durante a gestação, o trabalho de parto e o parto; o bebê também deve iniciar o uso de medicações logo após o nascimento. Quando se passa a uma análise técnica dos riscos referentes à gestação, encontram-se que, em se cumprindo as medidas preventivas, as taxas de transmissão do HIV da mãe para o filho podem ficar de zero e 2% (BRASIL, 2006).

Durante muito tempo, o comportamento sexual das pessoas infectadas pelo HIV/AIDS não recebeu qualquer atenção. Inicialmente o diagnóstico da infecção implicava uma sentença de morte. A vida sexual das pessoas com HIV/AIDS parecia ser uma questão secundária centrada apenas na prevenção. Considerando que a sexualidade é uma dimensão relevante na vida humana, estando as relações sexuais ligadas não só à reprodução, mas também à afetividade, é fundamental compreender a sexualidade de portadores de HIV/AIDS, para se promover assistência à saúde adequada e humanizada.

Considerando a forma sexual da transmissão do HIV como a forma mais comum de disseminação do vírus no Brasil, alguns autores centraram-se em abordar o comportamento sexual dos indivíduos (HEBLING; GUIMARÃES, 2004; PRAÇA; LATORRE, 2003; SANTOS *et al.*, 2002), indicando que a esfera da sexualidade foi afetada pela epidemia, pois trouxe a ideia de risco às relações sexuais e afetivas entre os (as) parceiros (as) sorodiscordantes.

O termo sorodiscordância, ao lado de outros como sorodivergência e sorodiferença, vem sendo utilizado desde meados da década de 1990 na literatura americana para determinar pessoas com sorologias diferentes para o HIV/AIDS. Trata-se de uma produção dedicada a vida íntima dos sujeitos, com uma leitura sobre um fenômeno social específico – conjugalidade e Aids (MAKSUD, 2009).

A mudança no panorama epidemiológico e a tendência de consolidação da AIDS como enfermidade crônica levaram ao aumento da conjugalidade entre pessoas com sorologias diferentes para o HIV. Segundo Remien (2002), há um aumento cada vez mais significativo do número de casais sorodiscordantes. Para o autor, as razões para este crescimento podem ser explicadas pela crença nos resultados das terapias, com uma melhoria da saúde das pessoas, que começam a buscar as relações com parceiros estáveis e mais relações sexuais; partindo do referencial das pessoas soronegativas, essas também teriam acesso a mais informações sobre a eficácia de medicamentos, engajando-se, conscientemente, em relacionamentos com pessoas soropositivas.

O grande desafio é compreender como as escolhas reprodutivas ocorrem nesse contexto. Para o casal sorodiscordante a decisão sobre ter ou não ter filhos apresenta peculiaridades importantes, como a possibilidade de transmissão do HIV para o parceiro(a) não infectado(a), além do risco de transmissão do vírus para o bebê. A partir do diagnóstico de soropositividade, os casais precisam desenvolver estratégias de enfrentamento em relação ao risco sexual, visando diminuir a preocupação com uma possível contaminação do parceiro(a), ao lado do desejo de permanecer sexualmente ativos e realizarem suas escolhas reprodutivas (POLEJACK; COSTA, 2002).

Um estudo qualitativo realizado com onze casais analisou o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS que conviviam com parceiro(a) heterossexual soronegativo(a). Os achados sugeriram que o medo de contaminar o parceiro(a) HIV negativo pode trazer implicações importantes na esfera reprodutiva. Dentre os onze casais participantes, observou-se diminuição do desejo sexual aliada à desconfiança sobre a eficácia do preservativo na prevenção da infecção pelo HIV. Segundo relatos, a dificuldade de diálogo sobre o tema entre os casais parecia interferir em suas escolhas reprodutivas (REIS; GIR, 2010).

A sorodiscordância de casais do Centro de Testagem e Aconselhamento do Hospital Escola São Francisco de Assis da UFRJ, é vista como situação conflitante, gerando mais enfrentamentos do que a própria revelação do diagnóstico positivo, pois produz um discurso sobre o risco que o(a) parceiro(a) soronegativo(a) corre nesta relação. Tal conflito está embasado na possibilidade de infecção do parceiro(a) soronegativo(a), considerando o seu cotidiano de constante prática de risco, associação com promiscuidade sexual, desorganização familiar, uso de drogas, e

todas dimensões de viver constantemente associadas a “desvios morais”, pode interferir nos desafios que permanecem na sociedade, e consequentemente nos profissionais que atendem os portadores, segundo Amorim e Szapiro (2008) e Moás *et al.*, (2013).

Nesse contexto, o conceito de estigma é definido como uma atribuição social de desvio, incorporada numa identidade deteriorada atribuída a uma pessoa que se quer desvalorizar. É empregado para estrategicamente produzir e reproduzir relações de desigualdades sociais, transformando diferenças em desigualdades (GOFFMANN, 1982).

A relação sorodiscordante é socialmente temida, tanto pela possibilidade de infecção, quanto pela desqualificação do relacionamento entre pessoas marcadas socialmente como diferentes. A questão é a aceitação de uma união entre uma pessoa “saudável” e outra “doente” (MAKSUD, 2002). Logo, a gravidez de uma mulher que convive com o HIV/AIDS é revestida de discriminação social, a mulher passa a ser considerada como uma cidadã irresponsável pela sua rede social ao decidir gerar uma criança que poderá nascer infectada ou ficar órfã (VENTURA, 2004).

3.2 DESEJOS E ANSEIOS DOS CASAIS SORODISCORDANTES FRENTE A DECISÃO DE TER FILHOS

O vínculo existente entre pais e filhos retrata mais precisamente o estado familiar, compreendido como a qualidade ou posição que estes ocupam na entidade familiar e da qual decorrem direitos e obrigações. O estado de filiação diz respeito à relação afetiva entre pais e filhos, constituindo um direito natural, compreendido como valor moral, sendo legítimo a todos. Ou seja, o desejo de ter filhos biológicos também inclui casais sorodiscordantes.

O desejo de ter filhos está relacionado a oportunidade de vivenciar a experiência da maternidade/paternidade, construir família, ou até mesmo fortalecer vínculos afetivos e familiares. O discurso médico e as orientações acerca da transmissão vertical acabam sendo reconstruídos pelo usuário conforme seu contexto, suas experiências de vida e seu desejo ou não por filhos (SILVA *et al.*, 2006).

No campo dos direitos reprodutivos e sexuais e de atenção integral à saúde, dentre as questões fundamentais a serem abordadas entre casais sorodiscordantes, a decisão de ter filhos é uma delas, já que esta é uma fase importante do ciclo vital das relações familiares. Esse desejo faz parte do plano do casal e é manifestado tanto pelos homens quanto pelas mulheres, em especial entre aqueles em que ainda não tem filhos do relacionamento atual (REIS; NEVES; GIR, 2013).

A opção pela gestação é considerada uma das principais decisões reprodutivas que as mulheres tomam, diretamente influenciada, mesmo que em diversos graus, por questões psicossociais e culturais. Portanto, os profissionais de saúde devem considerar que estes homens e mulheres que convivem com o HIV podem não considerar seu estado sorológico na tomada de decisão sobre a gravidez ou no uso de métodos contraceptivos (CARVALHO; PICCININI, 2008).

Em estudo realizado com um grupo de mulheres acerca da opinião dos profissionais de saúde diante do desejo de maternidade, destacou-se que, segundo a fala das mulheres, os profissionais de saúde esperavam impedir o recrudescimento da epidemia da infecção pelo HIV, e que a condição soropositiva apresentava-se com potencial de disseminação da infecção por meio da reprodução. Esse entendimento tem forte influência sobre a decisão de algumas mulheres em planejamento familiar, embora isso não represente seus desejos pessoais (SANTOS; BISPO JUNIOR, 2010).

São várias as razões de mulheres que convivem com HIV/AIDS quererem engravidar: desejo de seus companheiros, por não terem acompanhado os filhos já tidos e por se sentirem mais completas e felizes. Mesmo temendo pela sua saúde e a do bebê, algumas mulheres não enxergam esses riscos como algo que diminuísse seu desejo, pois elas queriam dar um filho a seu companheiro e afirmam que não permitiriam que a infecção as impedisse (SANTOS *et al.*, 2002; CARVALHO; PICCININI, 2008).

Num estudo que investigou a percepção das mulheres vivendo com HIV/AIDS quanto aos efeitos da soropositividade sobre suas escolhas reprodutivas, realizado com trinta mulheres, doze relataram que a condição não modificou o desejo de ter filhos, o motivo mais citado foi o fato de que o vírus HIV não afetou a vida de modo geral, exemplificado pela formação de novas parcerias conjugais após o diagnóstico e o desejo de constituir novos laços familiares. Outros motivos também relatados

foram: maternidade como realização feminina e dificuldade de se perceber com uma enfermidade crônica (SANT'ANNA; SEIDL, 2009).

A gravidez representa um impacto na vida de mulheres que convivem com o HIV/AIDS, entretanto, pouco são os estudos sobre as necessidades, desejos e valores para os homens vivendo com o HIV e a paternidade. Em estudo realizado num serviço público ambulatorial do Estado de São Paulo com 11 pessoas que viviam numa relação de sorodiscordância, evidenciou-se que o desejo de ter filhos é parte do plano da vida do casal, e que os homens também manifestaram desejo de paternidade, visto para eles como a realização de “um sonho” mesmo que isso representasse algum risco (REIS; NEVES; GIR, 2013).

Segundo estudo realizado com dez mulheres soropositivas no Centro de Referência de DST/AIDS de Jequié, na Bahia, o discurso das participantes é categórico quando revelam a compreensão da doença como castigo ou consequência dos erros cometidos, ou seja, a infecção acaba por assumir um aspecto penoso e desgastante para as mulheres. Quando perguntadas sobre gestação, as entrevistadas evidenciaram a doença como algo temível e ameaçador para o bebê, explicitando a ideia de que a criança seria vítima dos erros delas (SANTOS; BISPO JÚNIOR, 2010).

A proteção ao filho aparece como característica e motivo de escolha para adoção da contracepção entre mulheres soropositivas, a decisão de abster-se da gestação para proteger da infecção o filho que não irá gerar. Esse sentimento de proteção é visto mais como uma ação de proteção das mulheres a elas próprias com o intuito de demonstrar responsabilidade e cuidado, de forma a ter uma chance e ser perdoada pela sociedade (MORENO, 2001). Diante da desinformação e do estigma social da doença, muitos casais relataram abdicar do desejo da maternidade por medo de transmitir o vírus a criança (SANTOS; BISPO JÚNIOR, 2010).

Em um estudo realizado com 14 gestantes soropositivas em hospital escola do município de São Paulo, foi identificado as expectativas e ações das mesmas com relação à gravidez e a seu conceito. O medo em relação ao status sorológico do filho também foi evidenciado neste achado, porém, o desejo de terem crianças saudáveis as levavam a manter uma forte ligação com o acompanhamento pré-natal (MOURA; PRAÇA, 2006).

Incorporado ao desejo da maternidade entre mulheres que convivem com o HIV/AIDS, surgem dilemas quando a gestação já é uma realidade. Segundo estudo

realizado por Santos e Bispo Júnior, as mães que vivem com HIV aprendem cuidados específicos durante a gestação e o parto, que são baseados na utilização de medicações e adoção do parto cesáreo. Porém, outro dilema ronda os sentimentos e anseios destas mães: a amamentação. O não poder amamentar é apresentado como o cuidado mais difícil de ser adotado. Isso porque a amamentação além de ser um fator biológico, é um símbolo representativo da maternidade, envolvendo dimensões sociais, culturais e afetivas, carregadas de valor sentimental (SANTOS; BISPO JÚNIOR, 2010).

A expectativa de que casais sorodiscordantes possam ter filhos é uma realidade em nosso meio social. Diversos achados atestam que o desejo de gestação não é afetado pelo status sorológico (PAIVA *et al.*, 2002; SANTOS *et al.*, 2002; SHERR; BARRY, 2004; SIEGEL; SCHRIMSHAW, 2001; WESLEY *et al.*, 2000). Através da maternidade/paternidade muitos indivíduos podem tentar resgatar alguns status sociais relacionados a inclusão social, amenizando os danos sociais e psicológicos causados pelo HIV/AIDS, mas por outro lado podem criar situações de estigmatização de seus filhos.

Programas e ações relacionadas a planejamento familiar deveriam estar atentos também a questões do gênero masculino. Segundo Paiva *et al.* (2002) em estudo com 250 homens portadores de HIV, em São Paulo, 43% dos homens entrevistados mostraram que queriam ter filhos, principalmente entre os que ainda não tinham e os solteiros. Tal achado evidencia que ter uma família e filhos não é um desejo feminino apenas, mas uma fonte de realização. Homens jovens no Brasil também têm seu passaporte para a idade adulta e para a maturidade tornando-se pais (PAIVA, 1993).

Alguns estudos mostram que um dos enfrentamentos relacionados ao desejo da maternidade/paternidade de portadores de HIV/AIDS é a percepção acerca da possível reprovação por parte dos profissionais de saúde. Explicável pela insuficiência de informações sobre as possibilidades de uma gestação controlada (PAIVA *et al.*, 2002).

A concepção entre pessoas que convivem com o HIV/AIDS e que desejam ter filhos, aparece como situação desconfortável. Tal desconforto parece ser travado na prática cotidiana de atenção, frente aos serviços de planejamento familiar que existem de forma deficiente, ou inexistem, e frente aos valores equivocados que ainda permeiam em muitos profissionais de saúde (MAKSUD, 2007). Tal

enfrentamento não é uma tarefa fácil, pois defronta-nos com aspectos do imaginário coletivo, arraigados ao estigma e discriminação, marcados por contextos sociais, culturais e morais, carregando valores e ideais de maternidade/paternidade permeados de pré-conceitos de comportamentos desejáveis, onde o cuidado da criança é afastado de quaisquer riscos, não se aceitando facilmente a possibilidade de exposição da criança com pais que convivem com o HIV/AIDS, mesmo que controlado.

Aconselhar escolhas reprodutivas é uma importante forma de diminuir o risco de re-infecção e de infecção, além de ser uma maneira de buscar uma vida saudável entre parceiros e para os filhos (BRASIL, 2003b). A presença da infecção por HIV ao longo do processo reprodutivo apresenta riscos à saúde, que devem estar claros, quando há o interesse em engravidar. Devido ao avanço nos últimos anos em tratamentos no Brasil, a reprodução de casais na presença de HIV pode ser considerada como mais segura, desde que respeitados os procedimentos orientados pelo Ministério da Saúde a respeito da carga viral adequadamente.

Portanto, observa-se a necessidade de organização e articulação de políticas de saúde para preparar e ofertar serviços para o atendimento e orientação das decisões sexuais e reprodutivas no contexto do HIV/AIDS, buscando entender o contexto de cuidado para estas pessoas.

3.3 PLANEJAMENTO FAMILIAR E EQUIDADE DE ACESSO DE PESSOAS COM HIV

Na 21ª Conferência Mundial de Saúde, anterior à epidemia de AIDS no mundo, em 1968, foi apresentada e defendida a proposta de que todo núcleo familiar deveria ter acesso e informação sobre Planejamento Familiar, incluindo fertilidade, sugerindo que esse serviço estivesse disponível na atenção primária à saúde (OMS, 1968; HASSA *et al.*, 2005).

O planejamento familiar foi disciplinado pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que em seu artigo 2º, o define como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.” (BRASIL, 1996).

Na mesma lei foi atribuído ao Estado a obrigação de estabelecer condições e recursos informativos para a efetivação dos direitos reprodutivos e sexuais, através

do SUS e das instâncias que compõem o sistema educacional. Determinou a competência do SUS para definir as normas gerais de planejamento familiar, possibilitando ainda, a parceria com instituições públicas, privadas ou filantrópicas para o desenvolvimento das ações de planejamento familiar (CHAGAS; LEMOS, 2013).

Até as últimas décadas do século passado, o direito de procriar era visto apenas como promoção de métodos de controle de fecundidade, com o avançar do tempo, passou-se a valorizar o direito de genitor, incluindo o direito da escolha de como procriar (BARBOZA, 2008). Quando consideramos o direito à reprodução como um direito fundamental, devemos entender que deve existir necessidade de oferta de reprodução pelos serviços públicos de saúde, incluindo as diferentes tecnologias existentes, praticando assim a universalização fundamentada pelo SUS que garante em sua essência o acesso destas tecnologias por parte de casais sorodiscordantes.

Sob a ótica dos direitos humanos, os direitos reprodutivos deram alguns passos em relação às convenções internacionais. Na IV Conferência Mundial da Mulher, em Pequim, 1995, foi assinada por 184 países, incluindo o Brasil, uma Plataforma de Ação defendendo o direito à liberdade e à autodeterminação do indivíduo, o que compreende o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, sem discriminação, coerção ou violência. O direito ao acesso a informações sobre métodos anticoncepcionais e sobre tecnologias disponíveis, tanto para ter ou não filhos, está diretamente relacionado ao direito de acesso ao mais elevado padrão de saúde reprodutiva.

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento intitulado Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), com compromisso de implementar ações voltadas à saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis (MS, 2004), focando na atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento seguro e o combate à violência doméstica e sexual. Tais ações deveriam ser executadas nos diferentes níveis de atenção, compreendendo o “atendimento à mulher a partir de uma concepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que se apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas” (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, identificando a necessidade de atender à demanda de reprodução por casais sorodiscordantes, criou o Plano Nacional de Políticas para as

Mulheres de 2004, que estabeleceu como obrigação do Estado apoiar técnica e financeiramente a organização de Centros de Referência para a assistência à infertilidade em pelo menos 5 Centros de Referência (1 por região). Em 2005, foi criado um grupo de trabalho para estruturação de uma agenda integrada para efetivação do planejamento reprodutivo em casais que convivem com o HIV, no âmbito da Política de Direitos Sexuais Reprodutivos.

Em 2010, na publicação bienal do Ministério da Saúde “Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV” apresentou, pela primeira vez, dentre suas recomendações, as estratégias a serem adotadas para a redução de risco de transmissão sexual do HIV no planejamento da reprodução para pessoas que vivem e convivem com HIV/AIDS.

O programa de Planejamento Familiar no âmbito de direitos reprodutivos de portadores de HIV/AIDS deve considerar alguns problemas quando implantado em comunidades carentes. Entre eles destaca-se a baixa participação e até não inclusão dos homens, por ser o foco dos programas a mulher. Vale ressaltar que predominância das mulheres nos grupos de planejamento familiar e o seu empoderamento social, não garante que elas sejam as principais ou exclusivas agentes da escolha do método contraceptivo ou do número de filhos que virão a ter.

O papel de ações de Planejamento Familiar é ajudar o casal a tomar decisões com o pleno conhecimento a respeito da saúde reprodutiva dos mesmos, minimizando a probabilidade de transmissão vertical e a infecção ou reinfecção do parceiro, tendo como fator principal o princípio da autonomia, respeitando a vontade individual de cada pessoa com base na sua capacidade de tomar decisões no seu melhor interesse (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994). Mesmo assim, o aconselhamento para o planejamento familiar destes casais ainda não é uma prática sistemática na maioria dos programas de AIDS. São implementados métodos para que as crianças não se infectem pelo HIV, mas não se dá apoio ou suporte suficiente aos pais e mães HIV-positivos frente a tomada de decisão sobre ter ou não filhos.

A autonomia dos indivíduos portadores do HIV/AIDS, por muitas vezes, acaba sendo um ponto de debate bioético devido aos dilemas morais que tangem a reprodução e o uso de tecnologias médicas. De um lado a autonomia dos casais sorodiscordantes frente ao desejo reprodutivo, do outro a necessidade de garantir a viabilidade do feto e de uma nova vida sem riscos respaldando-se no argumento do interesse da criança. A ideia de uma gravidez no contexto do HIV gera polêmicas

entre profissionais e setores da sociedade. Em contraponto algumas pesquisas realizadas com essas mulheres soropositivas indicam que boa parcela das mesmas sabiam do seu diagnóstico antes de engravidarem ou ficaram sabendo na vigência do pré-natal (BRASIL, 2004; SILVEIRA; SANTOS, 2005; ROMANELLI, 2006).

A definição das políticas de planejamento familiar para casais que vivem com o HIV/AIDS marca um avanço importante da integralidade do atendimento aos portadores do vírus no Brasil, trazendo para discussão a possibilidade de métodos mais seguros e de acesso facilitado à sexualidade e à gravidez, os quais podem permitir a realização do desejo do casal de ter filhos. No entanto, tais diretrizes são muito recentes e ainda se constata, nos serviços de saúde, resistência de muitos profissionais com relação às demandas e necessidades reprodutivas dos portadores do HIV/AIDS. Além disto, os avanços e desafios que envolvem a questão da reprodução no contexto do HIV/AIDS ainda suscitam discussões e novas pesquisas se fazem necessárias.

3.4 A NOVA ÓTICA DA SAÚDE COLETIVA E A ATENÇÃO BÁSICA

A AIDS foi considerada uma pandemia no mesmo ano de promulgação constituição brasileira, que incorporou o movimento da Reforma Sanitária, onde a ótica foi desviada para atenção ao indivíduo como um ser completo (MATTOS, 2001). Posteriormente a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994 recomendou que os serviços de saúde reprodutiva fossem vinculados a atenção básica de saúde, incluindo tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, serviços de aconselhamento de homens e mulheres sobre responsabilidade sexual, bem como definiu metas para que recursos financeiros fossem voltados para serviços de saúde reprodutiva, inclusive para portadores de HIV/AIDS (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2003).

A Atenção Básica passa a ser vista como um importante equipamento para as ações de atenção em HIV/AIDS a partir do final da década de 1990. Até então a rede de atenção em HIV/AIDS estava centrada nos hospitais, Centro de Testagem e Acolhimento (CTA) e Ambulatórios ou Serviços de Atenção Especializada (SAE). Os CTA foram criados com a finalidade de ofertar diagnósticos e aconselhamento em HIV/AIDS, sob os princípios de voluntariedade, confidencialidade, anonimato, agilidade e resolutividade do diagnóstico de HIV. Tais princípios estiveram em

consonância com os aspectos sociais e subjetivos suscitados pela epidemia, relacionados ao preconceito e discriminação das pessoas com HIV/AIDS. Já os Ambulatórios ou SAE realizam tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2008).

Apesar da importância fundamental destes serviços especializados, a institucionalização do SUS e evolução da epidemia de AIDS redimensionaram as ações de atenção em HIV/AIDS, inserindo-as também na Atenção Básica. Um dos fatores que justificou esse redirecionamento foi a constatação realizada pelo Ministério da Saúde, em 1998, de que o diagnóstico de HIV ocorria tardiamente no Brasil, ou seja, quando o sistema imunológico já estava debilitado (BRASIL, 2008). Este fator passou a justificar a necessidade de criação de novas estratégias para a ampliação do acesso a prevenção, diagnóstico e tratamento. Uma dessas estratégias envolveu a incorporação de ações na Atenção Básica, considerada estratégica em decorrência da abrangência de cobertura populacional e da crescente ampliação através da consolidação da Estratégia Saúde da Família – ESF.

Nos anos 2000 foram publicados três manuais articulando a atenção em HIV/AIDS e Atenção Básica (BRASIL, 2003, 2005, 2006b). Estes manuais enfatizam a inserção do aconselhamento e o incentivo da oferta diagnóstica para o HIV (BRASIL, 2003, 2005). Indicam a proposição de ações de prevenção às DST/HIV/AIDS dentro das unidades de saúde (acolhimento, educação em Saúde em sala de espera, disponibilização de insumos de prevenção e comunicação dos parceiros sexuais) e ações envolvendo a comunidade (mapeamento de grupos mais vulneráveis, encaminhamento para unidade de saúde ou outros serviços de referência, acesso a informação) (BRASIL, 2005, 2006b). As diretrizes do Ministério da Saúde orientam que as pessoas em acompanhamento nos serviços especializados possam também ser acompanhadas pelas unidades básicas, dentro de uma lógica de co-responsabilização. Dessa maneira, observa-se que a atenção básica vem se tornando uma instância cada vez mais importante na atenção em HIV/AIDS, sendo vista como porta de entrada e ordenadora do cuidado, justificando sua abordagem nesse trabalho.

Durante as consultas iniciais realizadas na Atenção Básica são reconhecidos quais usuários portadores de HIV serão acompanhados pela Atenção Básica e quais deverão ser encaminhados para o seguimento nos Serviços de Atenção Especializada – SAE (BRASIL, 2015). Cabe ressaltar que o manual citado contempla

apenas os usuários que podem ser atendidos pela Atenção Básica – assintomáticos estáveis – e que tal proposta pode ser adaptada de acordo com as realidades locais, dependendo da capacidade da rede de serviços instalada e da disponibilidade de profissionais de saúde; além de especificar que coinfectados, gestantes, crianças e pacientes com indicação de uso de segunda ou terceira linha de tratamento – que envolvem mais complexidade no manejo – não foram contemplados no manual. Em nenhum momento o manual relaciona a atenção de pessoas que convivem com o HIV/AIDS com programas existentes na Atenção Básica como o planejamento familiar, além de não mencionar a saúde sexual e/ou reprodutiva dos mesmos.

No Brasil, o Planejamento familiar é de responsabilidade de todos os níveis de atenção em saúde, porém, é principalmente desenvolvido na Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família e a assistência oferecida para planejamento familiar. Compõem esse referencial teórico seis elementos de qualidade: a oferta e a livre escolha por métodos anticoncepcionais, a informação disponibilizada aos usuários, a competência técnica dos profissionais, acompanhamento dos clientes que fazem uso de métodos e a integração do planejamento familiar ao atendimento em saúde reprodutiva (PIERRE, 2010).

Os avanços obtidos no campo terapêutico e da saúde reprodutiva possibilitaram a utilização de medidas que visam a redução do risco de transmissão do HIV no planejamento reprodutivo entre casais que vivem com o HIV/AIDS. Particularmente entre os sorodiscordantes, as recomendações incluem aconselhamento que envolve a discussão do desejo reprodutivo, as medidas de redução do risco, a avaliação clínica do parceiro(a) com HIV e ginecológica no caso de mulheres, visando a adesão ao tratamento, carga viral sanguínea indetectável, ausência de infecções no trato genital e oportunistas, além de estabilidade nos parâmetros imunológicos (BRASIL, 2010).

A reprodução entre pessoas portadoras do HIV/AIDS e, em particular, entre parceiros sorodiscordantes tem fomentado uma série de pesquisas internacionais e discussões sobre técnicas de reprodução assistida, estratégias de redução do risco de transmissão do HIV/AIDS em relações sexuais desprotegidas visando à concepção, bem como aspectos éticos envolvidos nestes procedimentos (BARREIRO *et al.*, 2006; ENGLERT *et al.*, 2001; KLEIN *et al.*, 2003; MANDELBROT, *et al.*, 1997; SEMPRINI *et al.*, 1992; SEMPRINI; FIORE; PARDI, 1997; VERNAZZA *et al.*, 2006).

No entanto, diante do alto custo e das dificuldades de acesso às técnicas de reprodução assistida, muitos casais recorrem a gestações naturais.

Neste cenário, é importante que se considere como reduzir o risco de transmissão ao parceiro(a) soronegativo(a) e de transmissão vertical. No caso de homens portadores do HIV/AIDS com parceiras não-portadoras, são sugeridas algumas estratégias de redução de riscos como: 1) aumentar as chances de concepção com a confirmação da fertilidade de ambos os parceiros e prática sexual desprotegida somente nos períodos férteis; 2) diminuição da carga viral para indetectáveis pelo uso de antirretrovirais; 3) tratamento de infecções ou processos inflamatórios em ambos os parceiros, bem como evitar produtos e práticas que irrite o epitélio vaginal; e, 4) interromper a prática sexual desprotegida imediatamente após a confirmação da gravidez (VERNAZZA *et al.*, 2006).

Apesar de alguns estudos demonstrarem o nascimento de crianças saudáveis e manutenção de soronegatividade de parceiros soronegativos em situações de gravidez entre sorodiscordantes, não é prudente desconsiderar o risco de transmissão do vírus na prática sexual sem preservativo, os casais sorodiscordantes devem estar bem informados sobre todas as possibilidades, riscos, vantagens e desvantagens implícitas em cada estratégia de fecundação.

Segundo o Manual de Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, o aconselhamento pré-concepcional é um processo que deve ser integrado à assistência de pessoas que convivem com o HIV/AIDS. Ele possibilita a implementação precoce de medidas que visam reduzir a carga viral a níveis indetectáveis, melhorar condições imunológicas, conhecer o status sorológico frente às principais doenças infecciosas transmissíveis durante o ciclo gravídico puerperal e realizar o diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis. Com o planejamento e acompanhamento adequados, é possível para a mulher soropositiva ou com um parceiro soropositivo, ter uma gestação segura e com menor risco de transmissão do vírus (BRASIL, 2010).

Outro ponto importante é possibilitar aos portadores do HIV/AIDS o acesso a informação dentro e fora das unidades de saúde. Segundo estudo realizado com 148 mulheres soropositivas num ambulatório de um centro de referência em doenças sexualmente transmissíveis e Aids da cidade de São Paulo, algumas entrevistadas referiram ser informadas pelos seus médicos sobre os métodos contraceptivos mais apropriados ao seu status sorológico, porém a maioria delas referiu não ter recebido

orientações sobre planejamento familiar e não possuíam informações sobre reprodução e probabilidade de infecção pelo HIV para seus conceitos, com e sem o uso de AZT e de outros medicamentos anti-retrovirais, ou sobre qual a forma de engravidar diminuindo o risco do filho se infectar, de sua própria reinfecção e da infecção ou reinfecção do parceiro (SANTOS *et al.*, 2002).

A intenção de ter filhos não significa, necessariamente, planejamento do melhor momento clínico e pessoal para realizar a gestação. Assim como a intenção de não tê-los não se traduz, na prática, na adoção de métodos anticoncepcionais seguros o suficiente para evitar consistentemente uma gestação indesejada.

Atualmente os serviços de saúde buscam ofertar meios e métodos de auxílio à anticoncepção. Pouco se fala na responsabilidade que os serviços também têm em ofertar auxílio à concepção. A atenção em planejamento reprodutivo deve incluir a oferta de métodos e técnicas tanto para a anticoncepção como para a concepção, a depender das escolhas das pessoas quanto a ter ou não filhos. Tais meios e métodos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas (BRASIL, 2013).

O auxílio à concepção pode ocorrer de diferentes formas. Uma delas é disponibilizar e incentivar a avaliação pré-concepcional, ou seja, a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Essa avaliação constitui instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2006c). Quando o casal decide ter filhos no contexto do HIV/AIDS, deve continuar a receber aconselhamento pela equipe multidisciplinar, focando na abordagem do momento oportuno para engravidar, incluindo uma avaliação física criteriosa, monitoramento da carga viral, que deverá apresentar-se baixa ou indetectável e a contagem de linfócitos T-CD4 em níveis elevados, sem a presença de sintomatologia específica ou manifestação de doenças definidoras de AIDS (BRASIL, 2010). É importante o encaminhamento para o serviço de atenção especializada (SAE) e, dessa forma, a pessoa será acompanhada conjuntamente pelo SAE e pela equipe da Atenção Básica (BRASIL, 2013).

O protocolo brasileiro para o planejamento reprodutivo no contexto do HIV propõe como possibilidades aos casais nos casos em que a mulher for soropositiva e o homem soronegativo a autoinseminação durante o período fértil da mulher, e quando o homem for soropositivo e a mulher soronegativa a concepção natural

planejada no período fértil da mulher se o parceiro estiver em uso de terapia antirretroviral (TARV), carga viral indetectável no plasma, e a profilaxia antirretroviral pós-exposição oferecida para a parceira (BRASIL, 2010).

Segundo estudo realizado em três centros de referência para HIV/AIDS na cidade de São Paulo (PAIVA *et al.*, 2002), com 1068 mulheres vivendo com HIV/AIDS, ao serem questionadas sobre com qual especialidade profissional sentiam-se a vontade para falar de sua vida sexual, 51% delas sentiam-se a vontade para conversar com o/a ginecologista, 56% com o/a infectologista, 59% com o/a psicólogo, 33% com o/a assistente social, e 25% com o/a enfermeiro.

Em estudo qualitativo realizado em dois serviços ambulatoriais especializados do município de São Paulo (OLIVEIRA; FRANÇA JÚNIOR, 2003), foi avaliada a resposta do serviço às demandas reprodutivas de pessoas vivendo com HIV/AIDS, através das observações de situações de atendimento. Verificou-se nesse estudo que os profissionais compreendem as demandas reprodutivas tendo como foco a redução da transmissão vertical e consequentemente, o controle da epidemia.

O processo gestacional não representa riscos para a mulher no sentido de acelerar o adoecimento de AIDS, contudo, a presença do HIV/AIDS na gestação representa aumento do risco de aborto espontâneo e problemas ligados ao endométrio na mulher após um ano do nascimento do bebê (BEITUNE *et al.*, 2004). Tal achado também atrela a não progressão do vírus na gestação com contextos onde há maiores recursos socioeconômicos, acesso a bons serviços de assistência e melhor qualidade de vida.

Muitas vezes o que se observa é uma preocupação maior da ocorrência de riscos da infecção pelo HIV/AIDS na gestação mais associada ao pré-conceito da possibilidade da falta de medicamentos ou aumento da carga viral. Esse pré-conceito, a ideia de que casais que convivem com o HIV/AIDS não deveriam ter o direito a maternidade/paternidade, é um grande problema nos serviços de saúde. Em muitos casos, o profissional tende a não ofertar essas opções relacionadas a uma falta de escuta dialógica com a população soropositiva sobre a possibilidade de uma vida sexual e reprodutiva segura que pode incluir ou não o desejo de ter filhos.

A noção de que as crenças e signos que os profissionais possuem sobre a infecção pode vir a interferir e dificultar a abordagem deste tema com seus pacientes, contribuindo para que as demandas reprodutivas não sejam explicitadas pelos

usuários no serviço de saúde, precisa ser exposta para reflexão e discussão junto aos profissionais de saúde.

Um dos estudos revela um dado importante que evidencia tal questão, o de mulheres soropositivas temendo a reprovação dos profissionais de saúde, muitas vezes não comunicavam seus planos de uma futura gestação, o que gera um grande problema de saúde pública (SILVA *et al.*, 2006).

A prática do aconselhamento é vista por algumas gestantes e profissionais de saúde apenas como um cumprimento de protocolo (FEITOSA *et al.*, 2010), porém podem estar pautadas em um exercício de atenção paternalista, onde o profissional de saúde muitas vezes determina o que acha mais adequado a população, não considerando as características e valores do grupo social em que essa população está inserida, não empoderando os indivíduos responsabilizando-os pelas decisões que lhes dizem respeito (KNAUTH; BARBOSA; HOPKINS, 2003). Decisões sobre planejamento familiar e esterilização, por exemplo, deveriam levar em conta os desejos e experiências dos casais, acolhendo suas expectativas e negociando prescrições.

Há um reconhecimento, por parte dos profissionais, das necessidades dos usuários, porém percebe-se certo julgamento de conduta por parte dos mesmos, já que, na opinião da maioria, diante dos riscos a mulher que convive com o HIV/AIDS não deveria engravidar (OLIVEIRA; FRANÇA JÚNIOR, 2003).

Ou seja, como se pode falar em saúde sexual e reprodutiva de pessoas com HIV/AIDS se estas não são reconhecidas em seus direitos? Como pode haver um diálogo franco, objetivo e construtivo entre profissionais e pacientes com esta barreira?

Alguns profissionais relataram a existência de problemas com a comunicação e a falta de entendimento dos usuários acerca de sua condição sorológica, o que pareceu ser um conflito entre a intenção do profissional com a contenção da epidemia e as demandas reprodutivas dos usuários (OLIVEIRA; FRANÇA JÚNIOR, 2003).

A dificuldade de alguns usuários em explicitar suas demandas relacionadas a sexualidade e reprodução acaba por contribuir com a pouca visibilidade destas necessidades, eliminando essa abordagem durante as orientações acerca da doença, o que acaba por gerar a responsabilidade de decisão com relação a sua saúde reprodutiva e não uma decisão orientada e compartilhada.

Mesmo constatando que há um dilema entre os profissionais de saúde e o desejo pela maternidade/paternidade dos usuários portadores de HIV, cabe ressaltar que os serviços de saúde sempre colocam ao dispor do usuário tecnologias de prevenção e assistência com foco na redução do risco de transmissão vertical. A busca pela construção de práticas de atenção à saúde deve estar inserida no cotidiano de todos os profissionais da área, em cada atendimento prestado, visando a assistência qualificada que atenda o indivíduo como um todo, respeitando seus direitos e valores, devendo ser ampliada e transformadora, envolvendo a valorização do cuidado e o acolhimento (FONTOURA; MAYER, 2006; MATTOS, 2001).

Entre os diversos estudos achados dentro da temática (AMORIM; SZAPIRO, 2008; SANTOS *et al.*, 2002; PAIVA *et al.*, 2002), o planejamento familiar era diretamente relacionado com a adoção de medidas contraceptivas, não sendo mencionado dentro do mesmo a ideia da concepção. Entendeu-se então a necessidade de mais estudos e pesquisas com a temática da concepção desses indivíduos que convivem com o HIV/AIDS, além de informações de métodos que auxiliassem os casais que almejam um filho biológico.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão literária realizada neste trabalho indicou que a maioria dos achados são voltados para o debate de ações de contracepção dentro da proposta do planejamento familiar, no âmbito das políticas públicas de saúde, constituindo-se em um dos exemplos da implantação dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. Cabe aos serviços de saúde a promoção do aconselhamento adequado voltado para a concepção, respeitando os direitos sexuais e reprodutivos, as recomendações do protocolo de redução de transmissão do HIV, bem como os cuidados específicos para os casais que convivem com o HIV e que decidem pela concepção.

Embora o Ministério da Saúde destaque que as mulheres HIV positivas tem o direito a uma decisão consciente sobre ter ou não ter filhos, e devem fazê-lo o mais informadas possível, na prática dos serviços a orientação reprodutiva parece relegada a processos de trabalhos particulares em cada unidade de saúde (OLIVEIRA; FRANÇA JUNIOR, 2003). Além do mais, orientações ideológicas distintas e a impregnação do discurso da contenção epidemiológica da doença induzem ao desenvolvimento de práticas de inibição da reprodução entre gestantes HIV positivas, desconsiderando as recomendações oficiais e os sentimentos e desejos das mulheres. A ideia da autonomia reprodutiva parece não ser suficientemente compreendida tanto pela sociedade quanto pelos profissionais de saúde.

Mesmo que haja um efetivo programa de prevenção da transmissão vertical, ainda não se tem dado suficiente aporte aos casais que convivem com o HIV/AIDS para tomada de decisões conscientes sobre a opção de ter filhos. Estes casais devem ter o direito de fazer suas escolhas reprodutivas. É um direito garantido por lei, porém, o que acontece em geral é a pouca discussão sobre aspectos ligados a sexualidade, com baixo nível de informação sobre meios e alternativas para concepção.

A maternidade/paternidade no contexto do HIV/AIDS enfrenta suas próprias repercussões, indo desde a escolha pela concepção, aos desafios impostos pela infecção, às sobrecargas nas relações sociais associadas a revelação do diagnóstico, e ao estigma associado a epidemia. Mesmo com as transformações na abordagem do HIV/AIDS nestes 30 anos de epidemia, do ponto de vista de aspectos

socioculturais, a sociedade brasileira permanece com a construção da AIDS como doença de “grupos de risco”.

Atualmente, com a cronicidade da doença, as pessoas vivem mais e com melhor qualidade de vida. As tecnologias em prevenção, diagnóstico e tratamento devem ser oferecidas para que possam, munidas da informação correta e da terapia disponível, fazerem escolhas em relação à vida sexual e reprodutiva, aumentando sua percepção sobre os seus direitos e para que sejam sujeitos na construção e efetivação desses direitos, uma vez que o ser humano é um ser social, ele pode desejar ter filhos, e este sonho não é anulado ou esquecido diante do diagnóstico do HIV.

Não podemos negar que os portadores de HIV/AIDS mantêm vida sexual ativa e que têm filhos, independentemente dos preconceitos e das políticas públicas existentes. Não assumir a existência da sexualidade e do desejo à reprodução nestes indivíduos acaba por restringir o acesso ao planejamento de práticas saudáveis. Os riscos, quando adequadamente entendidos, devem ser compartilhados afim de se buscar quais alternativas são disponíveis, permitindo a reprodução e a proteção da saúde de todos os envolvidos.

Embora uma gravidez possa ser um momento privilegiado de contato do casal sorodiscordante com os programas de assistência à saúde, observa-se ênfase nas ações de prevenção de transmissão vertical e falta de acolhimento em relação às necessidades sexuais e reprodutiva do casal que convive com o HIV/AIDS. A temática do risco de transmissão vertical, o centrar-se no controle técnico, pode funcionar como um modo de desestimular ou censurar a gravidez no contexto do HIV/AIDS. Assim, o grande desafio do planejamento familiar no contexto da doença é compreender os significados que a gestação constrói na vida dos casais, produzir ações que promovam a autonomia dos sujeitos e garantir o direito à reprodução e o de construir uma família. Cabe também a produção de mais estudos na área, já que em nenhum dos achados elencados para a construção deste trabalho foi encontrado orientações sobre planejamento familiar para pessoas que convivem com HIV/AIDS e que desejam ter filhos; o mesmo vale para quais as ações tomadas na Atenção Básica diante dessa demanda.

Um dos pontos elencados na discussão deste trabalho foi sobre a predominância das mulheres como foco e alvo de ações de planejamento familiar nos serviços de saúde. Entende-se aqui que é indispensável a implementação de

espaços para discussão do planejamento familiar para homens, assim como a inclusão dos mesmos nos serviços de saúde sexual e reprodutiva, de forma compartilhada com as mulheres, na perspectiva de pleno exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Os discursos sobre o desejo de ter filhos acabam por produzir na medicina reprodutiva narrativas moralizantes, deixando de lado, muitas vezes, questões sobre os campos do direito sexual e reprodutivo, além de seus projetos próprios, se isso em termos de enfermidades em geral não é tão significativo, no caso do HIV/AIDS certamente pode dificultar a adesão às ações de prevenção ou ao tratamento com os antirretrovirais. Não cabe ao profissional de saúde o julgamento do benefício ou não de uma gestação no contexto do HIV, essa decisão cabe aos usuários, que devem ser bem orientados sobre os riscos e acompanhamento. Juntos, profissional de saúde e paciente devem explorar as possibilidades tecnológicas para que os usuários possam tomar as decisões que julguem mais adequadas para si mesmo.

A assistência a concepção no planejamento familiar de pessoas que convivem com o HIV/AIDS necessita ter suas especificidades reconhecidas e monitoradas pelos profissionais de saúde, uma vez que a falha traz como consequência usuários com pouca informação, e a possibilidade de infecção para a futura criança. O silêncio sobre o planejamento familiar pode revelar a dificuldade de diálogo e conflitos enfrentados pelo próprio casal, bem como o medo de reprovação das pessoas do seu convívio social, familiar e também da equipe de saúde, o que aponta a necessidade de novos estudos que possam abordar estas questões.

Com os avanços de tratamento e de qualidade de vida de pessoas que convivem com o HIV, tornam-se necessárias ações de saúde coletiva que elaborem espaços diferenciados nos serviços de saúde para atendimento integral dos casais sorodiscordantes.

Diante dos achados apresentados e discutidos neste trabalho, reafirma-se a necessidade de que os serviços de atenção básica que atendam casais que convivem com o HIV atuem em consonância com os programas e serviços de referência, de modo integral, calcados nos princípios do Sistema Único de Saúde. Espera-se também, que este trabalho possa contribuir fornecendo elementos relevantes ao campo dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas que convivem com o HIV/AIDS, auxiliando no aprimoramento de políticas públicas e de ações de planejamento familiar no contexto da soropositividade.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, Camila Miranda de; SZAPIRO, Ana Maria. Analisando a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1859-1868, dez. 2008.
- BARBOZA, Heloisa Helena Gomes. Reprodução humana como direito fundamental. In: DIREITO, Carlos Alberto Menezes; TRINDADE, Antônio Augusto Cançado; PEREIRA, Antônio Celso Alves. **Novas perspectivas do direito internacional contemporâneo**. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. p. 777-801.
- BARREIRO, Pablo *et al.* Natural pregnancies in hiv-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy. **J aids Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 43, n. 3, p.324-326, nov. 2006.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- BEITUNE, Patrícia El *et al.* HIV-1: maternal prognosis. **Revista do Hospital das Clínicas**, São Paulo, v. 59, n. 1, p.25-31, fev. 2004.
- BESSINGER, Ruth *et al.* Pregnancy is not associated with the progression of HIV disease in women attending an HIV outpatient program. **American Journal of Epidemiology**, New Orleans, v. 147, n. 5, p. 434-440, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 9263 de 12 de janeiro de 1996**: regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Terapia anti-retroviral e saúde pública**: um balanço da experiência brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Plano Estratégico do Programa Nacional de DST/AIDS – 2004/2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DST**: BE-Ae. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações profilaxia da transmissão vertical do HIV/Aids e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. HIV/Aids, hepatites e outras DST. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Plano operacional para a redução da transmissão do HIV e da sífilis congênita**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de testagem e aconselhamento do Brasil**: desafios para a equidade e o acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV**: tratamento e prevenção. Suplemento III, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **O manejo da infecção pelo HIV na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**, v. 4, n. 1, 2015b.

BRITO, A. M. **A epidemia de AIDS em Pernambuco**: sobrevida dos doentes no período de 1983 a 1995. 1997. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1997.

CARVALHO, Fernanda Torres de; PICCININI, Cesar Augusto. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1889-1898, dez. 2008.

CARVALHO, Fernanda Torres de; PICCININI, Cesar Augusto. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 10, n. 2, p.345-355, dez. 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. **A glance at the HIV/AIDS epidemic**. Atlanta: CDC, 2007.

CHAGAS, Márcia Correia; LEMOS, Mariana Oliveira. **O direito ao planejamento familiar como direito humano fundamental autônomo e absoluto?** 2013. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=39a1dafc5f8576b4>> Acesso em: 12 jan. 2017.

COOPER, H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **Review of Educational Research**, v. 52, p. 291-302, 1982.

CORDOVA, Fernanda Peixoto *et al.* Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 97-102, fev. 2013.

CORRÊA, Sônia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANNUZZI, Paulo de Martinho. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico - conceitual e sistema de indicadores**. [S. l.: s. n.], 2003. Disponível em: <http://centroriosaudegloba.org/wp-content/uploads/2016/08/Correa2c-S.-et-all-Ind_mun_saude_sex_rep_capitulo1_p27a62.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2017.

COSTA, Roberta *et al.* La contribución de la Enfermería brasileña para la producción de conocimiento sobre el SIDA. **Index de Enfermería**, Granada, v. 18, n. 1, p. 70-74, 2009.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

ENGLERT, Yvon *et al.* ART in HIV-infected couples: Has the time come for a change of attitude? **Human Reproduction**, Oxford, v. 16, n. 7, p.1309-1315, jul. 2001.

EVANGELISTA, Danielle Rosa; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira. Planejamento familiar de mulheres portadoras de HIV/AIDS. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 386-393, 2011.

FEITOSA, Julyanne Alexandre *et al.* Aconselhamento do Pré-teste Anti-HIV no Pré-natal: Percepções da gestante. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 559-564, dez. 2010.

FONSECA, Angélica Ferreira. Políticas de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.183-205.

FONSECA, Maria Goretti P.; BASTOS, Francisco I. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 3, p. S333-S343, 2007.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 532-536, ago. 2006.

FREITAS, N. M.; NERY, Inez Sampaio. Escolhas e direitos reprodutivos de mulheres portadoras de HIV/Aids. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 6., 2013, São Luís -MA. **Anais [...]**. São Luís: [s. n.], 2013.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro *et al.* Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 223-232, ago. 2009.

HASSA, Hikmet *et al.* Attitudes to and management of fertility among primary health care physicians in Turkey: An epidemiological study. **BMC Public Health**, v. 5, n. 1, p.1-8, 2005.

HEBLING, Eliana Maria; GUIMARAES, Isaura Rocha Figueiredo. Women and AIDS: gender relations and condom use with steady partners. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1211-1218, 2004.

KLEIN, Jeffrey *et al.* Understanding the motivations, concerns, and desires of human immunodeficiency virus 1-serodiscordant couples wishing to have children through assisted reproduction. **Obstetrics & Gynecology**, v. 101, n. 5, p. 987-997, jan. 2003.

KNAUTH, Daniela Riva; BARBOSA, Regina Maria; HOPKINS, Kristine. Between Personal Wishes and Medical "Prescription": Mode of Delivery and Post-Partum Sterilisation among Women with HIV in Brazil. **Reproductive Health Matters**, Porto Alegre, v. 11, n. 22, p.113-121, jan. 2003.

LINDNER, Sheila Rubia; COELHO, Elza Berger Salema; CARRARO, Telma Eliza. **Direitos reprodutivos**: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no planejamento familiar. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/gestores/saladeleitura/artigos/artigodissertacaoSheila.doc>> Acesso em: 05 nov. 2016.

LOPES, Ana Maria Feijó. **Os direitos reprodutivos das mulheres vivendo com HIV e Aids**. 2011. Monografia (Especialização em Prevenção a Aids no Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos) – Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MAKSUD, Ivia Maria Jardim. Relacionamentos conjugais em tempos de AIDS: alguns aspectos relativos à sorodiscordância. *In*: SANTOS, Tais de Freitas. **Saúde sexual e reprodutiva**: uma abordagem multidisciplinar. Recife: Massangana, 2002.

_____. O discurso da prevenção da Aids frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.349-369, 2009 .

_____. **Casais sorodiscordantes**: conjugalidade, práticas sexuais e HIV/AIDS. 2007. 271f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MALISKA, Isabel Cristina Alves *et al.* Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 85-91, 2009.

MANDELBROT, L. *et al.* Natural conception in HIV-negative women with HIV-infected partners. **The Lancet**, v. 349, n. 9055, p. 850-851, mar. 1997.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MINAYO, M. C. S. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 39-62, 1993.

MOÁS, Luciane da Costa *et al.* HIV/AIDS e reprodução: a perspectiva jurídica em análise. **Caderno de Pesquisa**, v. 43, n. 150, 2013.

MORENO, Diva Maria Faleiros Camargo. **A saúde pública e a psicanálise**: a produção do conhecimento no Brasil acerca da AIDS. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MOURA, Edilene Lins de; PRAÇA, Neide de Souza. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 405-413, jun. 2006.

OLIVEIRA, Luzia Aparecida; FRANCA JUNIOR, Ivan. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S315-S323, 2003.

ONUSIDA. **Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006**. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/globalreport/2006/2006_gr-executivesummary_es.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Conferência Mundial de Saúde**, 1968.

PAIVA, Vera. Sexuality, condom use and gender norms among brazilian teenagers. **Reproductive Health Matters**, v. 1, n. 2, p. 98-109, jan. 1993.

PAIVA, Vera *et al* . Sem direito de amar?: a vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV. **Psicologia USP**, v. 13, n. 2, p. 105-133, 2002.

PAIVA, Vera *et al* . Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1609-1619, dez. 2002.

PALÁCIO, Marília Belfiore; FIGUEIREDO, Marco Antônio de Castro; SOUZA, Lícia Barcelos de. O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde: possibilidades de integração da assistência. **Psico**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 3, p. 360-367, set. 2012.

PARKER, Richard. **Políticas, instituições e Aids**: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Abia, 1997. 182 p.

PIERRE, Luiza Aparecida dos Santos; CLAPIS, Maria José. Planejamento Familiar em Unidade de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n.18, nov./dez. 2010.

POLEJACK, Larissa; COSTA, Liana Fortunato. Aids e conjugalidade: o desafio de con(viver). **Impulso (Piracicaba)**, v. 13, n. 32, p.131-139, 2002.

PORTELA, Margareth Crisóstomo; LOTROWSKA, Michel. Health care to HIV/AIDS patients in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. supl., p. 70-79, 2006.

PRACA, Neide de Souza; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 61-74, mar. 2003 .

REIS, Renata Karina; GIR, Elucir. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 3, p.759-765, set. 2010.

REIS, Renata Karina; GIR, Elucir. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 32-37, fev. 2005.

REIS, Renata Karina; NEVES, Lis Aparecida de Souza; GIR, Elucir. O desejo de ter filhos e o planejamento familiar entre casais sorodiscordantes ao HIV. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 2, p.210-218, set. 2013.

REMIEN, Robert. Conjugalidade e Aids: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. *In*: MAKSDUD, Ivia; TERTO, Veriano; PIMENTA, Maria Cristina.

Conjugalidade e Aids: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. Rio de Janeiro: Abia, 2002. p. 21-25.

ROCHA, Solange. AIDS: uma questão de desenvolvimento? *In*: PASSARELLI, Carlos André *et al.* **AIDS e desenvolvimento**: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: Abia, 2003. p. 34-45.

ROMANELLI, Roberta Maia de Castro. **A experiência de nova gravidez em mulheres sabidamente infectada pelo vírus da imunodeficiência humana-HIV**. 2006. Tese (Doutorado) – Curso de Ciências da Saúde, Universidade Federal Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SANT'ANNA, Ana Carolina Cunha; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Efeitos da condição sorológica sobre as escolhas reprodutivas de mulheres HIV positivas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 244-251, 2009.

SANT'ANNA, Ana Carolina Cunha; SEIDL, Eliane Maria Fleury; GALINKIN, Ana Lúcia. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 101-109, mar. 2008.

SANTOS, Elizabeth Moreira dos *et al.* . Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer". **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 257-269, set. 2010.

SANTOS, Naila J. S. *et al.* . Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, supl., p. 12-23, ago. 2002.

SANTOS, Shirlei Ferreira Filgueiras dos; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Desejo de maternidade entre mulheres com HIV/AIDS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 34, n. 2, p. 299-310, jun. 2010.

SEMPRINI, A. *et al.* Insemination of HIV-negative women with processed semen of HIV-positive partners. **The Lancet**, v. 340, n. 8831, p.1317-1319, nov. 1992.

SEMPRINI, Augusto e; FIORE, Simona; PARDI, Gioigio. Reproductive counselling for HIV-discordant couples. **The Lancet**, v. 349, n. 9062, p.1401-1402, maio 1997.

SHERR, Lorraine; BARRY, Natalia. Fatherhood and HIV-positive heterosexual men. **Hiv Medicine**, Londres, v. 5, n. 4, p. 258-263, jul. 2004.

SIEGEL, Karolynn; SCHRIMSHAW, Eric W. Reasons and justifications for considering pregnancy among women living with Hiv/Aids. **Psychology Of Women Quarterly**, New York, v. 25, n. 2, p.112-123, jun. 2001.

SILVA, Nara Helena Lopes Pereira da; CARDOSO, Cármen Lúcia. Agentes comunitários de saúde: sentidos acerca do trabalho em HIV/AIDS. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 257-266, 2008.

SILVA, Neide Emy Kurokawa e; ALVARENGA, Augusta Thereza de; AYRES, José Ricardo de C M. Aids e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 474-481, 2006 .

SILVEIRA, Mariângela F.; SANTOS, Iná S.. Perfil de mulheres HIV positivo atendidas no serviço de assistência especializada da Faculdade de Medicina-UFPEL. **DST - Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 17, n. 4, p. 295-300, 2005.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010 .

VARGAS, Eliane Portes; RUSSO, Jane A.; HEILBORN, Maria Luiza. Infertilidade e gênero entre casais de camadas médias no Rio de Janeiro. **Revista de Estudos Interdisciplinares**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p.411-426, 2007.

VENTURA, Miriam Ventura. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 2. ed. Brasília: [s. n.], 2004. Disponível em: <www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos.pdf>. Acesso em: 09 dez 2016.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3.ed. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2009.

VERNAZZA, Pietro L. *et al.* HIV-discordant couples and parenthood: how are we dealing with the risk of transmission? **Aids**, v. 20, n. 4, p.635-636, fev. 2006.

VIDAL, Eglídia Carla Figueirêdo *et al.* Políticas públicas para pessoas com HIV: discutindo direitos sexuais e reprodutivos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 10, n. 2, p.166-174, 2009.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 84 p.

WESLEY, Yvonne *et al.* Reproductive decision making in mothers with HIV-1. **Health Care For Women International**, v. 21, n. 4, p. 291-304, jun. 2000.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; BOTH, Nalu Silvana. A via que facilita é a mesma que dificulta: estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família - ESF. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 41-58, 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS

ASSISTÊNCIA À CONCEPÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: O Planejamento Familiar para casais sorodiscordantes que desejam ter filhos

Nº

Dados de identificação

Autores _____

Título do trabalho _____

Periódico, ano, volume, número. _____

Palavras-chave/Descritores: _____

Objetivo/ Questão norteadora _____

Metodologia

Tipo de estudo _____

População/ Amostra _____

Local onde o estudo aconteceu _____

Técnica de coleta de dados _____

Resultados

Propostas/ Recomendações _____

Observações: _____

Limitações _____

Conclusões _____